This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

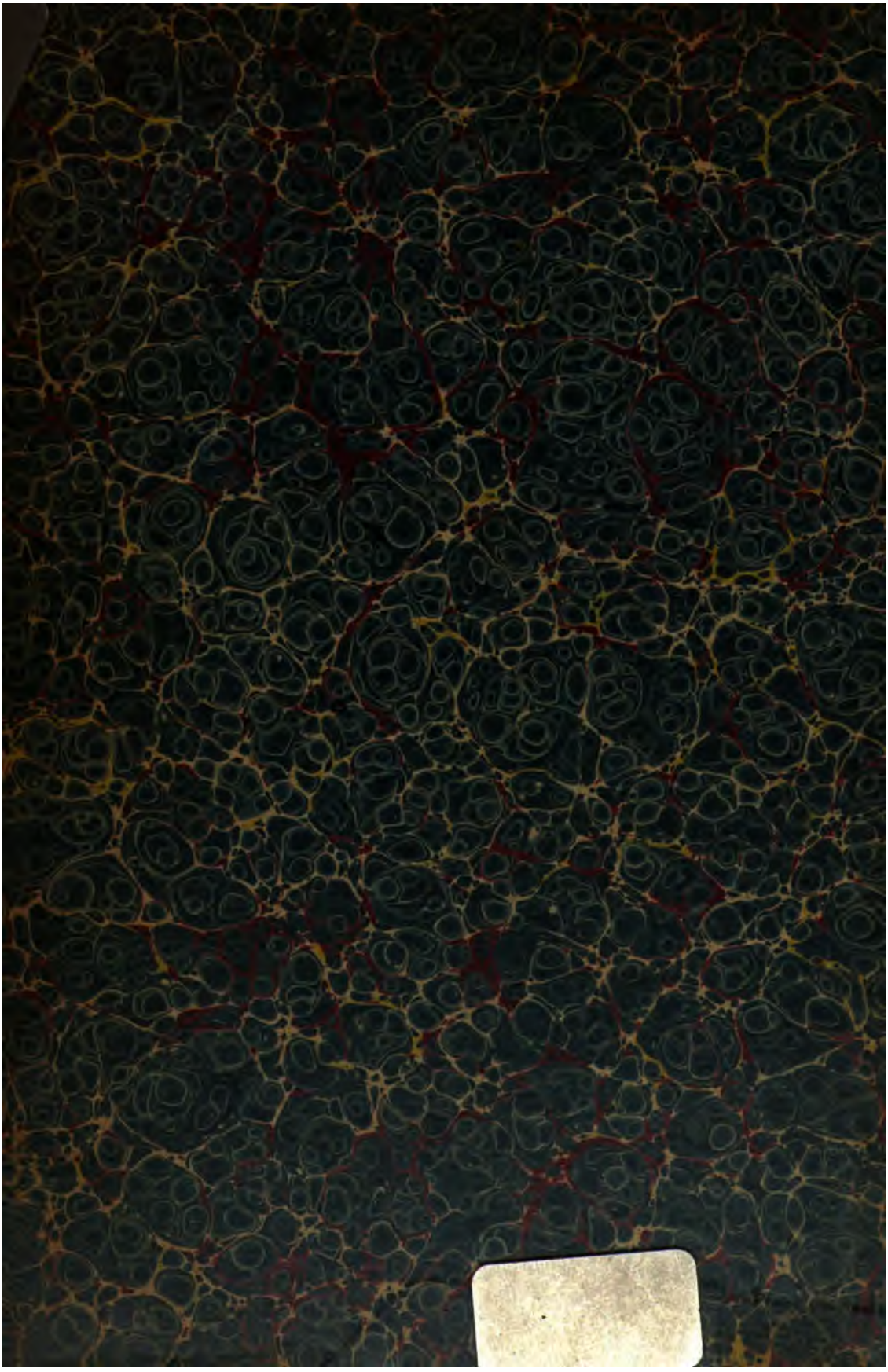
+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

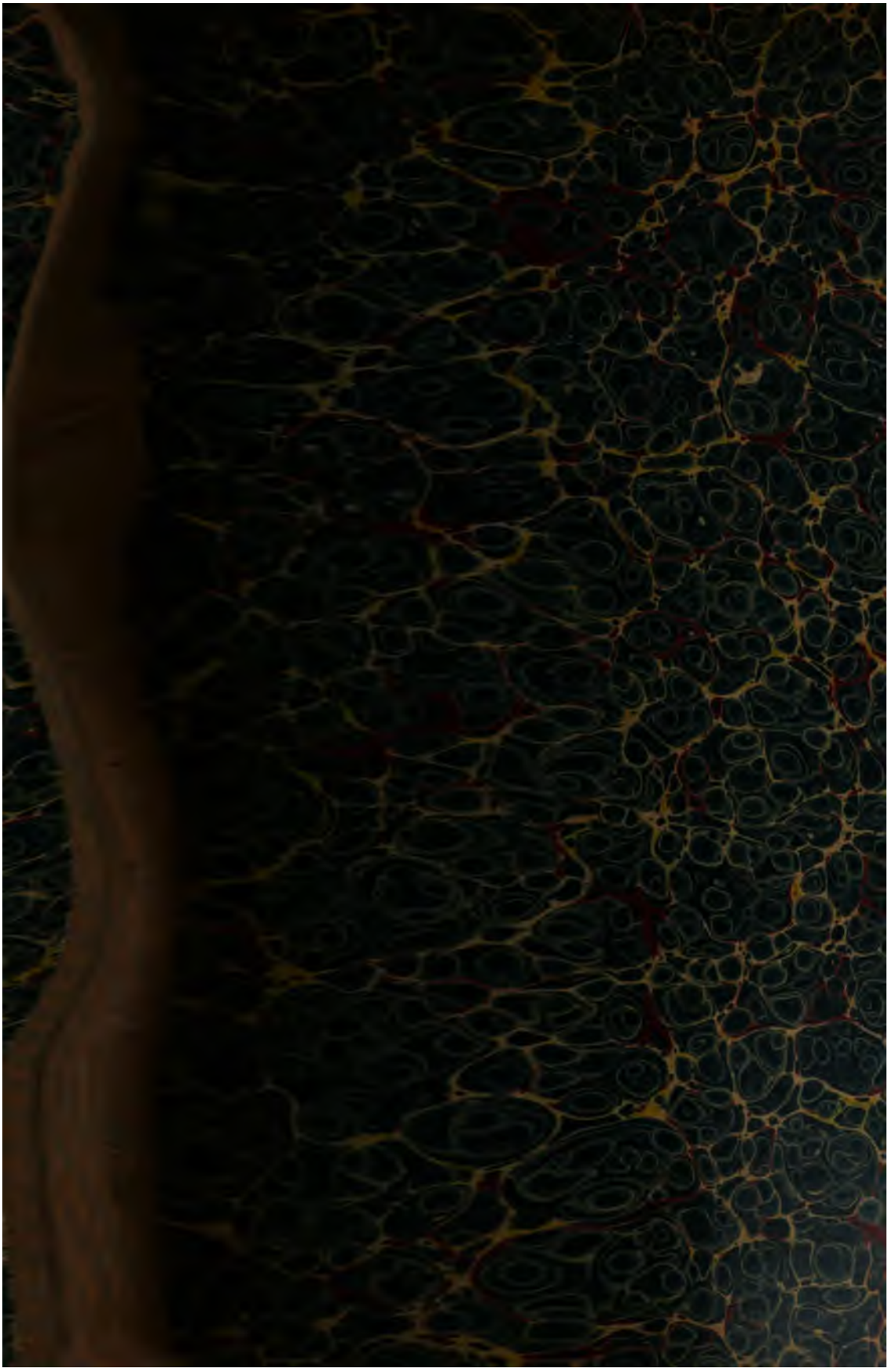
+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.





L E. S.

BOSTON MEDICAL LIBRARY
OCT 13 1902
FÜR
LIBRARY.

MONATSHEFTE
PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

UNTER MITWIRKUNG VON:

PROF. DR. CH. AUDRY IN TOULOUSE, DR. C. BECK IN BUDAPEST,
DR. C. BERLINER IN AACHEN, PRIV.-DOC. DR. TH. BURI IN BASEL,
DR. E. DELBANCO IN HAMBURG, PRIV.-DOC. DR. E. HEUSS IN ZÜRICH,
DR. M. HODARA IN CONSTANTINOPEL. DR. L. LEISTIKOW IN HAMBURG,
PROF. DR. V. MIBELLI IN PARMA, DR. H. C. PLAUT IN HAMBURG

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA UND P. TAENZER.

VIERUNDDREISSIGSTER BAND.
1902.
JANUAR BIS JUNI.

MIT 8 TAFELN UND 5 ABBILDUNGEN IM TEXT.

HAMBURG UND LEIPZIG,
VERLAG VON LEOPOLD VOSS.
1902

CATALOGUED
OCT 27 1902
E. H. B.

Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft
(vorm. J. F. Richter) in Hamburg.

Inhalt.

Originalabhandlungen.

(Die mit * bezeichneten bilden die Rubrik „Aus der Praxis“.)

Seite

Fall von Keratoma palmare et plantare hereditarium, von R. Bergh 1
Nachträgliches zur Plasmazellenfrage, von A. Pappenheim 5
*Über die Merkurialbehandlung der Tabeskranken, von M. Bockhart 12
Bettnässen — Schlafpollutionen. Analogie, von Moritz Porosz 61
*Beitrag zur Kasuistik seltener Nagelkrankheiten. „Onychoschisis symmetrica“ (Symmetrische „Lamellenbildung“ oder „Flächenspaltung“ der Nagelplatte), von Oskar Ehrmann 74
Über die Ätiologie und Prophylaxe der merkuriellen Stomatitis und Proktitis, von M. Bockhart 113
Die therapeutische Verwendung des „Teervasogen“, von J. Arnold Goldmann 122
Über Stypticin. I. Mitteilung. Stypticin als lokales Hämostaticum, von R. Kaufmann 161
*Über die Behandlung der Leukoplakia bucco-lingualis, von M. Bockhart 164
*Zur Plasmazellenfrage. Antwort an Herrn Dr. A. Pappenheim, von Max Joseph 167
*Replik an Herrn Dr. Joseph, von A. Pappenheim 167
Beiträge zur Kenntnis der Urticaria pigmentosa, von L. Blumer 213
Die Wirkung der Jodalkalien bei chlorfreier Diät, von Josef Sellei 240
*Die Massage der Urethra, von Berger 247
Ein Fall von Dystrophie papillaire et pigmentaire (Acanthosis nigricans), von P. A. Pawlof 269
Meine letzte Antwort an Herrn Dr. A. Pappenheim, von Max Joseph 280
Mein allerletztes Wort an Herrn Dr. M. Joseph, von A. Pappenheim 281
Weiteres zur Plasmazellenfrage. Antwort an Herrn Dr. A. Pappenheim, von Johan Almkvist 281
In Sachen der Plasmazellen. An Herrn Dr. Almkvist, von A. Pappenheim ... 289
Die Almkvistschen Plasmazellen, von P. G. Unna 297
Über spontane und Narbenkeloide, von Carl Berliner 321
*Zur Behandlung der Blennorrhoe, von P. Taenzer 331
Moskauer Brief, von Arthur Jordan 333
Neue Untersuchungen über Kollagenfärbung, von P. G. Unna 359
*Über Pruritus localis nach internem Arsenikgebrauch, von E. Doctor 401
Über einige fettsecernierende Drüsen der Mundschleimhaut des Menschen, von Colombini 423
*Einiges über unsere Färberezepte, von P. G. Unna 437
Über einige Formen der Prurigo diathésique de Besnier und über ihre Behandlung, von Menahem Hodara 479
Beiträge zur Pathologie des Kaposischen „Granuloms“, von Josef Sellei 497
Die Plasmazellen, von J. M. Himmel 543

Seite
Historische Streifzüge (Galenus, II. Teil), von Moritz Cohn 566
*Zur Behandlung der chronischen Gonorrhoe mit Oberländerschen Dilatatoren, von Arthur Strauss 576
Beiträge zur Frage der Wirkung der Jodalkalien und des Jodipins bei Syphilis, von Josef Sellei 599
Meine letzte Antwort an Herrn Dr. A. Pappenheim, von Johan Almkvist.... 612
Almkvist, Plasmazellen und kein Ende, von A. Pappenheim 615
Bemerkungen zu den von Unna genannten „Almkvistschen" Plasmazellen, von Johan Almkvist 617
Antwort auf vorstehende Bemerkungen, von P. G. Unna 620

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft. Originalbericht von Dr. F. Pincus-Berlin 16. 128. 250. 336. 578
Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau. Originalbericht von Arthur Jordan-Moskau 17. 130. 300. 404. 501
Verhandlungen der American Dermatological Association. 24. Jahresversammlung in Washington 18
Wissenschaftliche Ärztegesellschaft in Innsbruck 168. 301
Verein St. Petersburger Ärzte 302
Verein der Charité-Ärzte in Berlin 302
Breslauer dermatologische Vereinigung 580

Fachzeitschriften.

Annales des maladies des organes génito-urinaires 19. 180. 405. 591
Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane 23. 78. 338. 581
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 76. 179. 410. 444. 588
Archiv für Dermatologie und Syphilis 79. 130. 302. 339. 502
Journal des maladies cutanées et syphilitiques..... 133. 182. 411. 445. 589
The British Journal of Dermatology 134. 179. 308. 582
Dermatologische Zeitschrift 135
Dermatologisches Centralblatt 171. 307. 580
Monatsberichte für Urologie 172. 581
Journal of cutaneous and genito-urinary diseases 173. 348. 584
Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle 182. 253. 441
Bolletino delle malattie veneree, sifilitiche e della pelle 253. 442
American Journal of Dermatology and genito-urinary diseases 343. 508
Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique 443
Lepra 507

Bücherbesprechungen.

Der Ursprung der Syphilis. Eine medizinische und kulturgeschichtliche Untersuchung. Erste Abteilung, von Iwan Bloch 24
Medizinal-Kalender 1902 27
Pathologie der blennorrhoischen und venerischen Lymphgefäfs-Erkrankungen. Eine ätiologisch-anatomische Studie, von G. Nobl..... 28
Über die angebliche syphilitische Ätiologie der Tabes dorsalis. — Ein Fall von Tabes mit ungewöhnlichem Verlauf, von Gläser 137
Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Thimm 137
Manuale der neuen Arzneimittel, von Mindes 138
Wie werde ich verrückt? Intimstes aus der Sprechstunde eines Arztes, von Audax. 138
Veröffentlichungen der deutschen Gesellschaft für Volksbäder..... 139
Die Störungen der Geschlechtsfunktionen des Mannes, von Fürbringer..... 139

Seite
Die seborrhoischen Krankheiten: Seborrhoe, Akne, Calvities, von Sabouraud .. 140
Reichs-Medizinal-Kalender für Deutschland 1902, von Schwalbe 185
Handbuch der Hautkrankheiten, von Franz Mračeck 309
Repetitorium der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von E. Kromayer 311
Syphilis und Nervensystem, von M. Nonne 311
Therapie der Hautkrankheiten, von Luithlen 412
Die Technik der Kosmetik, von Koller 413
Die Diagnose und Behandlung von Hautkrankheiten durch den praktischen Arzt, von Unna 413
Lehruch der Hautkrankheiten, von Joseph 414
Handbuch der Hautkrankheiten, III. und IV. Abteilung, von Mraček 445
Eine Einführung in die Dermatologie, von Walker 509
Eine Abhandlung über die akuten, infektiösen Exantheme, von Corlett 510
Formulaire pratique de thérapeutique pour le traitement de syphilis, von Marmonier 592
La Léprose, von Dom Sauton 592
Festschrift zur Feier des 50jährigen Bestehens des ärztlichen Vereins Nürnberg. 632
Die Pityriasis rosea Gibert, von G. B. Fiocco 635
Die Lichttherapie; Behandlung der Dermatosen mit konzentrischen, chemischen Strahlen, von H. Lebon. 635
La Syphilis, Chancre et Syphilis secondaire, von Vouzelle 635
Die Elektrolysen-Chlordermatose, von Paul Fumouze 636
Beitrag zum Studium der Leukämide, von Guillaume Germès 637

Systematische Übersicht der Referate.

I. Allgemeines.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Beitrag zur Physiologie der Epidermis mit Bezug auf deren Durchlässigkeit für Licht, von Leopold Freund 79
Zur Histogenese der weichen Naevi, von G. Indalewitsch 80
Beiträge zur Kenntnis der Plasmazellen, insbesondere beim Lupus, von Joh. Almkvist 82
Über die Fettsekretion der Schweifsdrüsen an den Hinterpfoten der Katze, von R. Ledermann 85
Einige Bemerkungen über Form und Farbe der Haut und ihrer Anhänge, von Ch. Audry 182
Beitrag zum Studium der fettsecernierenden Drüsen in der Mundschleimhaut des Menschen, von Calderone 183
Beitrag zum Studium des Haarwechsels beim Menschen, von Veneziani 183
Die Hautfarbe der neugeborenen Negerkinder, von Schiller-Tietz 414

Bakteriologie.

Experimentelle Untersuchungen über Trichophyton und Favus, von Truffi 253
Offener Brief an Professor Truffi, von Reale 254
Beitrag zur Frage der Mikrosporie, von J. Frédéric 305
Über die feinere Struktur der Kokken, von P. G. Unna 414
Der Gonococcus und seine Toxine, von J. Rilus Eastman 415
Experimentaluntersuchung über Trichophytie, von M. Truffi 442

Mikroskopische Technik.

Über färbetechnische Methoden zum Nachweis des Acarus folliculorum, von Alfred Kraus 132
Bemerkungen über den Mikrobacillus der Seborrhoe (Sabouraud), von Schamberg 584
Die mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie. Ein Rückblick auf die Jahre 1895—1900, von R. Ledermann und S. Blanck 622

Hygiene.

Seite

Die präventive antiseptische Immunisation der Prostituierten als Mittel einer allgemeinen Prophylaxe der venerischen Krankheiten, von F. P. Guiard 180
Die Hygiene der Haut, von G. W. Penn 345
Alkoholismus und Prostitution, von Henri Fournier 411
Welche Maßnahmen können behufs Steuerung der Zunahme der Geschlechtskrankheiten ergriffen werden? von Felix Block 416
Die venerischen Krankheiten in den warmen Ländern, von B. Scheube 416
Absonderung der Prostituierten 416
Blennorrhoe und Prostitution, von Prowe 417
Prophylaxe der sogenannten „venerischen" kontagiösen Krankheiten, von B. Desmous 444
Zur Prophylaxe der geschlechtlichen Krankheiten, von Ed. Richter 581

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Über die Natur der bösartigen Hautkrankheiten und ihre Übergangsformen, von Bronson 19
Die morphologische Richtung und die anatomisch-genetische Richtung in der heutigen Dermatologie, von L. Philippson 87
Ein Fall von Schwefelwasserstoff- (resp. Schwefelalkali-) Vergiftung bei einem Krätzekranken nach äußerlicher Anwendung von Pottasche-Schwefelsalbe, von J. Burmeister 132
Die morphologische Richtung und die anatomisch-genetische Richtung in der heutigen Dermatologie, von L. Philippson 133
Hochgradige Erweiterung der oberflächlichen Venen, von Lipmann-Wulf 250
Pathologische Bildungen im Venensystem: Angiomen, Venektasien, Varicen, von Holländer 252
Über „Adiposis dolorosa" (Dercum) und das „Oedème blanc et bleu" (Charcot), von P. Strübing 340
Colloide Degeneration der Haut, von Ch. J. White 348
Studien über die altegyptologische Parasitologie, von Felix von Oefele 417
Die Dermatosen in ihren Beziehungen zu den Dyspepsien, von Saison-Lierval 418
Notizen über einige Hautaffektionen, von G. C. B. Ibotoon 418
Hautreaktion und Dermatosen 442
Anomale Hauteruptionen, von Frederik C. Thompson 508
Nomenclatur der Hautkrankheiten, von S. C. Martin 508
Ein durch intracystische Papillomata erweiterter Schweißdrüsenausführungsgang, von H. D. Rolleston 582
Ein Fall diffuser chronischer Talgdrüsenhypertrophie, von A. Marullo 627
Über das septische Exanthem, von Hofrat Schilling 634

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Durchbohrte Stahlsonden, von Saalfeld 17
Hilfsmittel und Methodik, von Guyon 23
Merkurielle Erscheinungen im Munde, von Anton Lieven 29
Schwere polypöse Colitis, entstanden durch Ausführung von Quecksilbereinreibungen, von Wm. Egbert Robertson 30
Einige Bemerkungen zur therapeutischen Verwendung des Jodalbacids, von P. Meissner 30
Über die Anwendung und therapeutischen Indikationen des Jodipins, von E. Wilh. Baum 31
Jodismus und Jodoformismus. Beitrag zur Kenntnis der Arzneiexantheme, von A. Calandra 31
„Jodylin", Ersatzmittel für Jodoform! Der antiseptische und therapeutische Wert derselben, von J. W. Frieser 31
Über die Anwendung von kakodylsauren Salzen bei Hauterkrankungen, von Edmund Saalfeld 31
Zur Anwendung der kakodylsauren Salze, von Rille 32
10% Lysoform-Dermosapol bei Psoriasis und Lupus, von Rohden 32
Beitrag zur „Orthoformvergiftung", von Heermann 32

Seite

Ein Fall von Orthoformvergiftung, von Gumbinner 32
Phenosalyl bei gummösen und varikösen Geschwüren, von Ischitscherin..... 33
Über therapeutische Versuche mit Petrosapol und Petrosulfol, von S. Ehrmann 33
Weitere Erfahrungen mit dem löslichen Silber, von Dworetzky 33
Über „Teutonpräparate“ und deren Verwendung in der Dermatologie, von Armin Vajda 34
Über die Wirkung des Yohimbins auf den tierischen Organismus und über die Bedeutung des Alkaloids für die Behandlung der Impotenz, von M. D. Krawkoff 34
Bemerkungen zur Wirkung des Yohimbin Spiegel, von A. Loewy 35
Dehner, resp. Spüldehner mit drei Branchen, von Kollmann und Wossidlo .. 78
Bewegliches Knie für Cystoskoplampen, von Kollmann 79
Simplexbinde (Beiersdorfs Katalog, S. 61), von Gerson 129
Ausgedehnter angeborener Defekt der äußeren Ohrmuschel, durch Plastik ersetzt, von Hacker 168
Bromokoll-Teer-Zink-Amylumpaste, von Albrecht Notthaft 172
Die therapeutische Wirkung des kondensierten Lichtes auf die Haut, von A. Ravogli 177
Ein Beitrag zur Dermatotherapie, von T. G. Lusk 177
Ein ungewöhnlicher Fall von Chinin-Idiosynkrasie, von H. W. Stelwagon..... 178
Über den Einfluß der Röntgenstrahlen auf die Haut in gesundem und krankem Zustande, von W. Scholtz 307
Über den Einfluß der Röntgenstrahlen auf die Haut in gesundem und krankem Zustande, von W. Scholtz 342
Zur therapeutischen Verwendung des Epicarins, von E. Winkler 348
Modifizierter Holländerscher Apparat, von Speranski 404
Die allgemeinen Grundsätze der Behandlung von Hautkrankheiten, von W. Evans 418
Die Balneotherapie der Hautkrankheiten, von Emil Weyner 418
Kommentar zu Methoden und Präparaten Prof. Dr. C. L. Schleichs, von Wittkowski 418
Über die Behandlung mit Dr. Freys Heißluftdouche, von B. Belzer 419
Der gegenwärtige Stand der biologischen Lichtforschung und der Lichttherapie, von S. Bang 419
Die Lichtbehandlung, von Foveau de Courmelles 419
Die Finsensche Lichttherapie, von A. Wolff 420
Lichtbehandlung bei Hautkrankheiten, von Leredde 420
Die Erfolge der Lichtbehandlung nach Prof. Finsen, von Petersen 420
Über die therapeutische Wirkung des blauen elektrischen Lichts, von W. Ginni 420
Das von einem Hochspannungsbogen mit schnellen Schwingungen erzeugte ultraviolette Licht zur Behandlung von Hautkrankheiten, von H. Walsham 420
Reform des Lichtheilverfahrens für Hautkrankheiten, von E. Below 420
Behandlung von dermatologischen und venerischen Krankheiten mittels elektrischer Ströme von hoher Frequenz und Spannung, von H. Lebon 443
Über die entzündungswidrige Wirkung ätherischer Öle, von Rud. Winternitz 448
Über die subcutanen Injektionen natürlicher und künstlicher Arsenpräparate, von Rudolf Steiner 449
Über Dymal, von Alfred Roth 449
Über den Heilwert des Epicarins, von Johann Szabóky 449
Rezepte für die Anwendung des Epicarins 450
Rezeptformeln für Europhen 450
Das Glycogen, von Rörig 450
Nochmals das Glycogen, von Rörig 451
Die Wirkung des Quecksilbers auf den Körper, von William Henry Porter 451
Über die Nierenläsionen bei der experimentellen Sublimatvergiftung, von Giuranna 451
Über einen Fall von Vergiftung mit Hydrargyrum oxycyanatum, von Ernst Lottmann 452
Über Stukowenkows Methode der quantitativen Quecksilberbestimmung im Harn, von Bruno Bardach 452
Therapeutische Anwendung des Ichthoforms, von H. Goldmann 453
Ein Fall von Jodoformvergiftung, von Charles H. Dixon 458
Akuter Jodismus unter dem Bilde einer mumpsähnlichen Erkrankung, von Karl Fürth 453

Seite
Erfahrungen über die Anwendung des Jodipins, von Wauke 453
Praktische Erfahrungen mit Jodipin, von E. Hönigschmidt 453
Über Jodipin, von Alex. Paldrock 454
Jodipin und seine Verwendung, von Blanck 454
Über Jodothyrin, von Ed. Hönigschmidt 454
Beitrag zur Anwendung des Airols in der Praxis, von F. Braun 454
Über die Wundbedeckung mit der v. Brunsschen Airolpaste, von B. Honsell .. 454
Über das Asterol, von M. Friedländer 454
Über das Extractum Pichi-Pichi siccum (Urosteriltabletten), von Martin Friedländer 455
Die Wirkung des Resorcins auf die Nieren bei jungen Kindern, von C. P. Crouch 455
Der elektrolytische Niederschlag von Schwefel in den Schwefelthermen von Harrogate, von F. W. Smith 455
Über die therapeutische Anwendung des Sozodol-Natrium bei Erkrankungen der äußeren Genitalorgane, von J. Gouladze 455
Das Vioform, von Krecke 456
Wasserstoffsuperoxyd und seine therapeutische Anwendung, Zusammenfassende Darstellung, von Schmier 456
Über Yohimbin Spiegel, kasuistischer Beitrag zur Beurteilung seiner Wirkung gegen Impotenz, von Kühn 456
Fall von Arsenvergiftung, von Rosenthal 578
Verbesserungen in der Radiotherapie, von Béclère 590
Betrachtungen über das Jodipin, von E. Feibes 620
Die Verwendung der Brookeschen Paste bei infektiösen und entzündlichen Hautaffektionen, von Dreyer 621
Das Atoxyl (Metaarsensäureanilid), ein neues Arsenpräparat, und dessen dermatotherapeutische Verwendung, von W. Schild 628
Zur Phototherapie, von Ziemssen 632
Die Lichttherapie: Behandlung der Dermatosen mit konzentrischen chemischen Strahlen, von H. Lebon 635

II. System der Hautkrankheiten.

A. *Angioneurosen.*

Urticaria haemorrhagica, von Blaschko 16
Morbus maculosus Werlhofii, von Gerson 16
Chininexanthem, von Christian 35
Hautausschlag nach Tonsillotomie, von W. Wingrave 36
Über rheumatische Ex- und Enantheme, von M. Behrend 36
Fall von gleichzeitigem Erythema multiforme und Erythema nodosum, von E. McCulloch 36
Ein Fall von Erythema scarlatiniforme desquamativum, von C. K. Millard 36
Über eine besondere Form von Urticaria factitia bei der Sclerodermie, von Rettmann 36
Bericht über einen Fall von Raynaudscher Krankheit, von B. F. Lyle und J. E. Greiwe 36
Ein Fall von diffusem chronischen Hautödem, von Rosin 37
Physikalisch-chemische Untersuchungen über das Ödem, von Galeotti 37
Über einige Fälle von Blutung in der Haut und den Nebennieren, von P. P. Blaker und B. E. G. Bailey 37
Eine seltene Form von Purpura als Komplikation bei Diphtherie, von C. W. Buckley 38
Über den bakteriologischen Befund bei der Purpura 38
Purpura chronica infolge Gefäßsklerose, von Gaucher und Lacapère 38
Ein Fall von Werlhofscher Krankheit, von W. N. Nikitin 38
Scorbutus infantilis, von E. Cautley 39
Peliosis rheumatica, von T. A. Rogers 39
Peliosis rheumatica, von Duquaire 39

Seite

Tötliche Fälle von Purpura mit Hämorrhagien in die Nebennierenkapseln, von G. Little ... 134
Verzögerung des Heilungsverlaufs nach Radikaloperation der Mittelohrräume durch Urticaria chronica, von Warnecke ... 136
Erythrodermia exfoliativa universalis congenita familiaris, von C. Rasch ... 136
Werlhofsche Krankheit, von Metscherski ... 300
Zwei Fälle von Prurigo simplex chronicus (Brocq), von W. B. Warde ... 308
Morbus maculosus Werlhofi, von Metscherski ... 404
Urticaria perstans, von Pospelow ... 404
Oedema migrans, von Bernhard Smith ... 456
Quinckes Ödem, von Baduel ... 456
Gleichzeitiger Hydrops der Mutter und des Fötus, von H. V. Munster ... 457
Urticaria postdiphtherica, von J. J. Walsh ... 457
Ein Fall von Raynauds Krankheit, von W. A. Haley ... 457
Ein neues Symptom der Raynaudschen Krankheit, von A. Pospelow 457
Eine unter Raynaudschen Phänomenen erkrankte Familie, von Nèkám ... 458
Pellagra, von Giovanni Galli ... 458
Medikamente und Hauteruptionen, von Marchetti ... 459
Über ein durch den internen Gebrauch von Solutio Fowleri entstandenes Erythema gyratum, papulosum und bullosum, von Neumann ... 459
Ein Fall von Erythema papulatum uraemicum, von Wedenski ... 459
Beitrag zur Kenntnis der Dermatitis haemorrhagica pyaemica, von C. Pezzoli . 459
Zur Ätiologie und Pathologie des Skorbuts, von G. Lamp ... 460
Purpura haemorrhagica bei Lungentuberkulose, von E. Cohn ... 460
Purpura haemorrhagica bei Lungentuberkulose, von W. Roemisch ... 461
Ein Fall von Purpura nach Diphtherie, von E. W. Goodall ... 461
Über Purpura, von G. M. Tuttle ... 462
Bericht über einen Fall von Purpura, von T. E. Sandall ... 462
Purpura rheumatica, von R. Stockman ... 462
Ein Fall von Peliosis rheumatica (Schönleins Krankheit), von Fairfax Irwin .. 462
Urticaria pigmentosa congenita, von Raab ... 580
Ein Fall von Skorbut mit Purpura, von J. C. Wilson ... 584

B. *Entzündungen.*

I. Traumatische.

Die Behandlung der Fissura ani, von Tillaux ... 39
Eine Studie über Brandwunden, Vorschlag zu deren rationellerer Behandlung, von Frederic Griffith ... 39
Ein Gelsenstich mit heftiger Reaktion, von R. Beck ... 40
Ein Fall von Amyotrophie mit Retraktion der rechten Aponeurosis palmaris infolge von Verbrennung des linken Arms, von Jacquet und Simon ... 40
Zur Behandlung der Brandwunden, von Schumann ... 40
Karbolsäure bei Brandwunden, von Otto L. Muench ... 41
Ursachen der Karbolgangrän. Experimentelle Untersuchungen, von Franz Rosenberger ... 41
Zwei Fälle von Karbolgangrän, von Fischer ... 41
Eine durch arsenikhaltige Strümpfe erzeugte Dermatitis, von F. W. Tunnicliffe und O. Rosenheim ... 41
Ein Fall von diffuser Dermatitis nach Hg-Einreibung, von Arkin ... 42
Vorstellung eines Falles von Nagelerkrankung nach gewerblicher Quecksilbervergiftung, von Hans Hirschfeld ... 42
Weitere Mitteilungen über Chlorakne, von Karl Herxheimer ... 42
„Chlorakne", eine besondere Form von professioneller Hauterkrankung, von Bettmann ... 42
Raupenausschlag, von G. J. Thomson ... 43
Die hautreizende Wirkung der Primula obconica ... 44
Die chirurgische Entfernung des Nagels, von Baumgärtner ... 462
Über die Behandlung der Fissura ani, von Gussenbauer ... 463
Über Erfrierung, von O. Lassar ... 463
Ein Fall von Urticaria in direktem Anschluſs an einen Wespenstich entstanden, von T. W. Parry ... 463

Seite
Hauterscheinungen nach Röntgenstrahlen, von A. Wylie 463
Bericht über einen Fall von Raupenhaarentzündung des Auges, von R. Denig.. 463
Über gewisse Formen von Gewerbedermatitis bei Arbeitern in Elektricitäts- und Silberbergwerken, von Arthur Hall..... 583
Die Elektrolysen-Chlordermatose, von Paul Fumouze 636

II. Neurotische.

Die Häufigkeit von Herpes zoster, von E. Hoennicke..... 44
Über einen Fall von Herpes zoster des Oberschenkels nach Einnahme von Ergotin, von Druelle..... 44
Alkoholverband bei Herpes zoster, von Ernst Hellmer 45
Rezidivierender Herpes, von Du Castel 45
Die linearen Dermatosen, von Balzer und Alquier 45
Fall von rezidivierendem Erythema exsudativum multiforme, von Dubois-Havenith 45
Ein Fall von Erythema multiforme, dem Bilde von Blattern gleichend, von Norman Walker..... 46
Epidemische Arsenvergiftung unter den Biertrinkern, von N. Raw, F. H. Barendt und W. B. Warrington..... 46
Erythema striatum, von Plonski..... 336
Neurodermitis linearis, von Fischel 336
Chlorakne, von C. Fraenkel..... 464
Duhrings Krankheit bei Kindern, von Will. S. Gottheil 464
Über die Eosinophilie bei der Duhringschen Dermatitis, von Carle und Montagart 465
Ein durch Staphylococcus albus bedingter Fall von Hydroa gestationis, von N. W. Holmes und W. Bulloch 465
Aphoristisches zur Ätiologie der Prurigo, von E. Finger..... 466
Über Erythromelie, von Victor Klingmüller..... 466
Beitrag zur Pathogenese des Herpes vulgaris, von L. Jacquet..... 467
Herpes im Verlaufe des Naevus ilio-hypogastricus und Nervus ilio-inguinalis, von G. H. Giffen 467
Der rezidivierende Herpes der Haut..... 467
Ein Fall von Herpes zoster, zur Erklärung der Ursache dieser Affektion, von J. B. Yeoman 468
Herpes zoster bei Tuberkulösen, von Ernest Barié 468

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a. Akute Exantheme.

Scharlachinfektion; eine Frage und ein Beispiel, von J. B. Pike 46
Scharlachinfektion, ausgehend von einer kleinen Hautwunde der Hand, von Köster 47
Übertragung des Scharlachs auf die Katze, von Rapin..... 47
Zur Kenntnis der Tenacität des Scharlachgiftes, von Felix Lommel 47
Ein Beitrag zur Virulenz des Scharlachkontagiums, von Friedrich Schmidt.. 47
Über einen Fall von traumatischem Scharlach, von Th. Lippmann..... 47
Die Beschaffenheit des Blutes bei Scarlatina, von F. P. Mackie..... 48
Scharlachfieber, von Lyman Beecher Todd..... 48
Scarlatinois, von Trammer 48
Die Diagnose des Scharlachs, von G. Variot..... 49
Über die nervösen Erscheinungen beim Scharlach, von Moureyre 49
Hals und Nase bei Scharlachfieber, von W. Cheatan 49
Die Gelenkaffektionen beim Scharlach, von Edmund Horna 49
Heilung und Verhütung von Scarlatina mittels Diphtherie-Antitoxin, von C. H. Dalton 49
Die Behandlung der Scharlachnephritis, von Charles Gilmore Kerley..... 50
Masern oder Scharlach oder beides? von Gläser 50
Ein Fall von doppelter Infektion von Masern und Scharlach, von K. Kallivoda 50
Über Masern und Pemphigus, von Paul Richter 51

Seite

Ein Fall von Varicella septica, von G. Hausch ... 51
Die sogenannte Pockenepidemie, von Brumall ... 51
Das Blut und die defensive Reaktion der Hämatopoiese bei der Variola, von Weil 52
Was hat die Krankenpflegerin bei der Pflege Pockenkranker zu beachten? von E. Pfeiffer ... 52
Die Behandlung der Variola mit Schwefelwasserstoff, von De Lada Nokowski 52
Impfung nach, während und vor Variola, von Cabell Morely ... 53
Über die Dauer des Pockenimpfschutzes, von E. Sobotta ... 53
Impfschutz, Impfgesetz und Impfstatistik, von Böing ... 53
Vom Impfzwang. Erwiderung an Herrn Dr. Sobotta, von Böing ... 53
Nochmals die Dauer des Impfschutzes, von Sobotta ... 54
Berichtigung zu den Ausführungen Böings in der Allg. med. Centralztg., von Martin Kaufmann ... 54
Über Impfung, von Joseph Grindon ... 54
Über Vaccinekörperchen (Cytoryctes vaccinae Guarnieri), von P. Gorini ... 54
Über die bei den Hornhaut-Vaccineherden vorkommenden Zelleinschlüsse, von D. C. Gorini ... 55
Die Vaccine- und Variolaerreger, von M. Funck ... 55
Zur Frage über den Vaccineerreger von Dr. M. Funck, von W. Podwyssozki und A. Mankowski ... 55
Weitere Mitteilungen über den Vaccine- und Variolaerreger, von M. Funck ... 56
Beitrag zur Kasuistik der Impfblattern (Vaccina generalisata), von v. Ovtynski 56
Über generalisierte Impfblattern, von John H. Huddleston ... 56
Ein Fall von Vaccinatio generalisata, von Plonski ... 56
Über seröse Vaccinia in Beziehung zum Kretinismus und Rhachitis, von R. Kirk 57
Keuchhusten und Impfung, von Lofruscio ... 57
Über die Beeinflussung der Impfergebnisse durch Impfstoff und Impftechnik, von Paul Schenk ... 57
Die Impfung und ihre Technik, von Conrad Blass ... 57
Das Impfgeschäft, von Tiburtius ... 57
Neues Impfinstrumentarium ... 58
Ein Fall von Vaccina generalisata, von L. Heidingsfeld ... 350
Vorführung von Laterna magica-Bildern von Exanthemen, von Corlett ... 468
Über die sogenannte „vierte Krankheit", von Weaver ... 469
Röteln, Scharlach und die „vierte Krankheit", von P. W. Williams ... 469
Ein Fall von Röteln, von J. D. Windle ... 469
Masern als zweite Attacke und deren Differentialdiagnose von Röteln, von C. Knox Bond ... 469
Zur Epidemiologie der Masern, von Hagen ... 469
Die frühzeitige Diagnose der Masern, von Newcomp ... 470
Über den Wert der frühzeitigen Prodromalerscheinungen der Masern, von Guinon 470
Die Frühdiagnose der Masern, von H. Gillet ... 470
Über eine besondere Form von Angina (Angina pultacea) als frühzeitiges Warnungszeichen der Masern, von Saint-Philippe ... 470
Angina bei Masern, von J. Haddon ... 471
Die Influenza bei Masern, von Julius Süsswein ... 471
Das Koplikschе Frühsymptom der Masern, von Feer ... 471
Zur Tenacität des Maserngiftes, von O. Lehmann ... 471
Der neue Typus des Scharlachfiebers vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege, von Wm. Robertson ... 471
Die Übertragbarkeit der Scarlatina durch Ausfluss aus dem Ohr, von J. K. Love 472
Die Bakteriologie der Scarlatina, von M. H. Gordon ... 472
Scarlatina pemphigoides, von M. Benson ... 472
Scarlatina Nephritis scarlatinosa bei einem 7 Wochen alten Kinde, von Kroner 472
Über Scharlach-Nierenentzündung, von A. Baginsky ... 472
Über Brand an Armen und Beinen nach Scharlach und anderen Infektionskrankheiten, von Eichhorst ... 473
Ein Fall von Gangrän nach Scharlach, von R. Seubert ... 473
Ein Fall von trockener Gangrän bei Scarlatina, von J. J. Buchan ... 473
Die Therapie des Scharlachs, von Siecke ... 473
Über die Isolierung der Scharlachkrankheiten in Hospitälern ... 474
Zwei Fälle von Varicellen, von V. Matthews ... 474
Eine geschichtliche Notiz betreffs Variola, von J. Tyson ... 474

Seite
Prophylaxe der Variola in Städten, von R. A. Cleemann ... 474
Variola in Schottland ... 474
Variola in Schottland ... 475
Über die Pocken in Schottland ... 475
Variola in Nottingham, von Ph. Boobbyer ... 475
Variola in Glasgow ... 475
Die Variolaepidemie in Glasgow ... 475
Die Pocken und die Stadt Edinburgh, von H. D. Littlejohn ... 475
Die Pockenepidemie in London, vom Redakteur ... 476
Ein Blatternepidemie am Michiganasyl für Geisteskranke, Kalamazoo, von Arthur Mac Gugan ... 476
Eine Studie über die Initialsymptome in 100 neuen Pockenfällen, von William M. Welch und Jay F. Schamberg ... 476
Über die Möglichkeit von Blatternrezidiven, von Hervieux ... 511
Über einen milden Typus der Variola, von F. Montizambert ... 511
Mortalität bei Variola bei geimpften und ungeimpften Individuen, von W. R. Macdonald ... 512
Bemerkungen über Pockenausschlag, dessen klinische Erscheinungen und Differentialdiagnose, von W. T. Corlett ... 512
Differentialdiagnose bei Variola, von J. Maccombie ... 512
Über zwei Fälle von konfluierender Variola und einen Fall von zweifelhafter, modifizierter Variola, von J. H. Cnocker ... 512
Bericht über einen Fall von Variola haemorrhagica, von W. C. James ... 512
Intravenöse Therapie bei Variola, von R. G. Hepp ... 513
Jahresbericht der k. k. Impfstoffgewinnungsanstalt in Wien über das Betriebsjahr 1900, von G. Paul ... 513
Bericht über die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreich Bayern im Jahre 1900, von L. Stumpf ... 513
Vom Impfschutz, von Böing ... 514
Einige Beweise dafür, dafs die Impfung den Pocken vorbaut und sie mildert, von Webster ... 514
Über die wahrscheinliche Verwandtschaft der Vaccinia mit der überimpften Form der Menschenpocken, von S. M. Copeman ... 514
Technik der Impfung, von Packara ... 514
Die modernen Methoden des Impfens und ihre wissenschaftliche Begründung, von S. M. Copeman ... 514
Über die Wichtigkeit des aseptischen Impfens nebst Bemerkungen über die Vaccination im allgemeinen, von W. K. Kubin ... 514
Einige Zahlen in Bezug auf die Empfänglichkeit gegen Wiederimpfung, von F. W. Andrewes ... 515
Beitrag zur Vaccination Schwangerer, Wöchnerinnen und Neugeborener, von H. Palm ... 515
Unfreiwillige Vaccination, von MacLennan ... 515
Über die Reinheit des Impfmaterials, von Charles W. Dulles ... 516
Vorläufige Mitteilung über die Kultivierung der Mikrobien der Vaccinia und Variola, von S. M. Copeman ... 516
Der ätiologische Faktor bei der Vaccinia und Variola, von R. Farrar ... 516
Die Bakterien der Kälberlymphe, von Fremlin ... 516
Die Merkmale der echten Vaccine; Erfahrungen mit Glycerinlymphe, sowie einige statistische Angaben über die herrschende Variola-Epidemie, von W. M. Welch und J. F. Schamberg ... 517
Über Impfung in Beziehung zu Hautkrankheiten und Impfausschläge, von Arthur van Harlingen ... 517
Erythema multiforme und die Vaccination, von Norman Walker ... 518
Zwei Fälle von Variola, von G. Little ... 563

b. Chronische Infektionskrankheiten.

a. Lepra.

Über den leprösen Initialaffekt, von Leopold Glück ... 58
Histologische und bakteriologische Untersuchungen über einen Fall von Lepra tuberoso anaesthetica mit besonderer Berücksichtigung des Nervensystems, von Uhlenhuth und A. Westphal ... 58

Seite

Beitrag zur Bakteriologie der Lepra, von J. Baramikow 59
Lepra mixta, von Doutrelepont 59
Ein Fall von Lepra tuberosa, von Demitsch 60
Natrium cacodylicum zur Behandlung der Lepra, von L. Raynaud 182
Klinischer, bakteriologischer und anatomo-pathologischer Beitrag zum Studium der Lepra systematica nervosa, der Syringomyelie und der Morvanschen Krankheit, von Calderone 254
Weitere Übertragungsmöglichkeiten der Lepra, von Gravagna 411
Über einen Plan zur Errichtung eines Privatsanatoriums für Lepröse in der Gemeinde Rouceux bei Neufchâteau (Vogesen), von Ernest Besnier 507
Die extra- oder intracelluläre Lagerung des Hansenschen Bacillus, von George Pernet 507
Untersuchungen über einen Fall von makulöser anästhetischer Lepra (Lepra maculosa anaesthetica), von Emile Daccò 507
Ist Lepra das vierte Stadium der Syphilis? von Henry Alfred Robbins 508
Ein Besuch der Leprainsel Molokai, von P. M. May 518
Über ein beabsichtigtes „Privatsanatorium" für Leprakranke in der Gemeinde Rouceux bei Neufchâteau (Vogesen), von E. Besnier 519
Morvans Krankheit (?) oder Lepra, von D. Douglas-Crawford 519
Die Isolierung der Leprösen ist eine Notwendigkeit, von A. H. Ohmann-Dumesnil 519
Beitrag zur Histopathologie der Lepra, von Michelazzi 520
Die Behandlung zweier Fälle von Nervenlepra, von G. Thin 520

β. *Tuberkulose.*

Lupus und Tuberculosis verrucosa cutis, von Schmidt 16
Zur Frage der Beziehung des Lupus zur Tuberkulose, von Himmel 88
Hauttuberkulose, von Burmeister 92
Über Riesengebilde in tuberkulösen Geweben, von S. Droba 92
Zur Kasuistik der tuberkulösen Geschwüre des äußeren Genitales, von Ehrmann 92
Zur Behandlung der Tuberkulose: die Tuberkulide, von Edwin Klebs 93
Die Pathologie, Diagnose, spezielle Prophylaxe und Behandlung der Hauttuberkulose, von John A. Fordyce 93
Ein einfacher Apparat zur Heißluftbehandlung des Lupus, von Desider Stapler 94
Behandlung des Lupus in vorgeschrittenem Stadium durch Auskratzung und Applikation von Jodtinktur 94
Behandlung von Lupus und Ulcus rodens mittelst Röntgenstrahlen, von J. Startin 94
Ein durch Radiographie gebesserter Fall von Lupus, kompliziert durch Alopecie, von R. Duhot 94
Die Behandlung des Lupus mit blauem elektrischen Licht, von Minin 95
Eine neue Lampe für die Lupusbehandlung, von Bang 95
Fall von ausgedehntem Lupus vulgaris, von Rille 169
Lupus des Gesichts, von Holländer 252
Therapie des Lupus, von Petersen 302
Lupus vulgaris an der linken Gesäßhälfte, von Buschke 336
Lupus vulgaris der Oberlippe, von Bogrow 404
Tuberculosis verrucosa, von Metscherski 404
Tuberkulöse Hauterkrankungen, von G. H. Lancashire 521
Ein Fall von Arthritis tuberculosa des Ellenbogens und von Lupus vulgaris; Behandlung mit Phototherapie, von G. Hurtado 521
Zur Klinik und Histologie der Folliclis, von Arthur Alexander 521
Die moderne Behandlung der Tuberculodermata, von Noah H. Aronstam 522
Histologische Veränderungen des lupösen Gewebes nach Röntgenbehandlung, von C. Grouven 522
Vier Fälle von Epitheliom auf lupöser Basis, von A. Morelle 522
Über die Erfolge der Phototherapie bei der Behandlung des Lupus tuberculosus, von Leredde und Pautrier 523
Der gegenwärtige Stand der Lichtbehandlung bei Lupus 524
Finsens Lichttherapie bei Lupus und Ulcus rodens, von M. Morris und E. Dore 524
Fortschritte auf dem Gebiete der Finsenschen Lupusbehandlung, von Kettenbrecker 525
Bericht über einen intensiven und langdauernden Fall von Lupus, der mit Röntgenstrahlen behandelt wurde, von G. H. Radman 525

Seite

Über einen mit Röntgenstrahlen behandelten Fall von Lupus vulgaris, von J. C. Squance ... 525
Über die Behandlung des Lupus mit blauem, elektrischen Licht, von Mirim ... 525
Zur Inunktionskur der Skrophulose und Tuberkulose, von B. Rohden ... 525
Formalin bei der Behandlung des Lupus vulgaris, von W. Scatchard ... 526
Lupus vulgaris behandelt mit Tuberkulin, von Ch. H. Gunson ... 526
Das Serum von Macagliano bei der Behandlung des Lupus, von Vignolo ... 526
Die Behandlung von Lupus vulgaris und von tuberkulösen Abscessen mit Wasserstoffsuperoxyd, von C. H. Gunson ... 526
Die Behandlung des Lupus mit übermangansaurem Kalium, von Bulle ... 526
Lupus der Lippen und Tuberkulose der Mundschleimhaut, von Pinkus ... 579
Tuberculosis verrucosa cutis, von Blaschko ... 579
Ein Fall von Paronyxis tuberculosa, durch Impfung entstanden, von Dalous ... 589
Ergebnisse der phototherapeutischen Behandlung bei tuberkulösem Lupus des Gesichts, von Leredde und Pautrier ... 626

γ. *Syphilis.*

Schwere tertiär-syphilitische Erscheinungen, von Cassel ... 16
Die Syphilis in Indo-China, von E. Jeanselme ... 76
Behandlung der Syphilis mit Einspritzungen von Hydrargyrum Jodocacodylicum, von Civatte und Fraisse ... 76
Über die Haltbarkeit des Begriffes „primäre Syphilis" als rein lokale Affektion, von Wladislaw Reiss ... 81
Die Syphilis im Parafiewskischen Kreise des Gouvernements Tschernigow, von Generopitowzeff ... 95
Verein zur Bekämpfung der Syphilis, von A. Fournier ... 95
Wovon hängt die Schwere einer Syphiliserkrankung ab? von G. Marcou ... 96
Ein neuer Syphilisbacillus. Neue bakteriologische Forschungen über Syphilis, von Justin de Lille und Louis Jullien ... 96
Über syphilitisches Fieber mit Anführung von drei Fällen, von Thomas B. Futchen 96
Über Rezidive und Spätformen der Lues und deren Behandlung mit Jodsoolbädern von Wilhelm Degré ... 97
Über eine eigentümliche Anordnung der rezidivierenden Roseola: Anordnung längs der Interkostalräume, baumförmige Roseola, von De Beurmann und Louis Delherm ... 97
Ein Eall von akquirierter Darmsyphilis, von T. Verebély ... 98
Zwei Fälle seltener Lokalisation des syphilitischen Initialaffektes, von W. Reiss 99
Primärer Schanker des Septum narium, von W. Freudenthal ... 99
Extragenitale Syphilisinfektion an den Lippen, von Lieven ... 99
Bemerkungen über Leistendrüsenschwellungen, namentlich in Bezug auf die Diagnose der primären Syphilis, von A. Cooper ... 100
Primäre syphilitische Pleuritis, von De Dominicis ... 100
Bemerkungen über einen Fall von Pachydermia lymphangiectatica chronica des Penis und Hodens auf syphilitischer Basis, von R. Duhot ... 100
Ein Fall von akuter roter (gelber) Leberatrophie im Frühstadium der Lues, von Thurnwald ... 101
Über Ischias syphilitica und ihre Behandlung, von F. Mendel ... 101
Beitrag zur Ischias syphilitica und ihrer Behandlung, von A. Niewerth ... 101
Die extrakraniell bedingten Augenstörungen bei Lues, von O. Schwarz ... 102
Ein Fall von Pericarditis und Mediastinitis syphilitica, von Hilmar Schünemann 102
Über syphilitische Endocarditis, von Breitmann ... 102
Über die Heilbarkeit der obliterierenden Endarteriitis syphilitica in den letzten Stadien, von Cavazzani ... 102
Über die Syphilis der Venen und des Gehirns und des Rückenmarks, von J. K. Proksch ... 103
Syphilitische Meningo-Myelitis; Erysipel; Genesung, von E. F. Trevelyan ... 103
Warum erscheint Hirnlues schwerer heilbar? von O. Ziemssen ... 103
Die klinische Entwickelung des circumscripten cerebralen Gummas, von Kerber 103
Tabes incipiens mit Myelomeningitis und Hirntumor, von Plien ... 103
Myelitis syphilitica, von Raymond ... 104
Spastische Spinalparalyse syphilitischer Natur, von Bozzlo ... 104
Nosologischer Beweis für die ursächliche Abhängigkeit der progressiven Paralyse der Irren von der Syphilis, von Muratow ... 104

Seite
Syphilis des Nervensystems, von B. Onuf 105
Über den Einfluſs der Behandlung syphiliskranker Mütter auf das Schicksal des Fötus, von G. Riehl 106
Die Syphilis der Findlinge, von Pini 106
Das Schicksal der hereditär-luetischen Kinder, von Karcher 106
Ophthalmoskopische Stigmata der Heredosyphilis, von Antonelli 106
Mitralstenose und hereditäre Syphilis, von L. Bouveret 107
Über Lues hereditaria tarda des Larynx im Kindesalter, von Röhr 107
Injektionen bei Syphilis, von M. Stein 107
Die Quecksilberfumigationen in heiſser Luft bei der Behandlung der Syphilis, von Melazzo 108
Syphilis verrucosa, von Blaschko 128
Syphilis, von Lichatscheff 130
Die Syphilis auf der Bühne, von Henri Fournier 133
Zur Behandlung der Syphilis mit intravenösen Sublimatinjektionen, von Lichatscheff 142
Die Behandlung der Syphilis durch Ingestion von Quecksilber, von L. Brocq .. 142
Oleum cinereum gegen Syphilis, von Maul 143
Schmierkur gegen intramuskuläre Einspritzung bei der Behandlung der Syphilis, von C. F. Marshall 143
Syphilitischer Primäraffekt an der Oberlippe, von Rille 169
Roseola tardiva (tertiär-syphilitische Roseola), von Rille 169
Zwei Fälle tertiärer Lues und sechs Fälle von Psoriasis vulgaris, behandelt mit Jodipininjektionen, von Rille 169
Sklerom des Kehlkopfes, von Juffinger 169
Knotensyphilid, von Rusch 169
Syphilitischer Primäraffekt der Unterlippe, von Rusch 169
Lues und Kurpfuscherei, von P. Richter 251
Ehescheidung wegen Syphilis, von Profeta 253
Glossitis ulcerosa luetica, von Blagowin 300
Nicht-Infektiosität der Milch bei frischer Lues oder Immunisierung durch dieselbe, von Leonhard Leven 307
Hochgradige tertiärsyphilitische Zerstörungen der Kopfhaut, von Rudolf Isaac 337
Schwere Hg-Intoxikation, von Losser 337
Über Versuche, Syphilis auf Schweine zu übertragen, von A. Neisser 339
Behandelt man Syphilis richtig, wenn man in den ersten Stadien in der spezifischen Therapie spart? von Charles O'Donovan 344
Die Plaque muqueuse, von W. H. Young 345
Syphilis insontium, von J. B. Shelmire 347
Ulcus induratum der Nasenspitze, von Shiwult 404
Zur Kasuistik der Syphilis, von Glawsche 404
Über die Beschaffenheit des Blutes bei Syphilis, Tabes und progressiver Paralyse, von Sabrazès und L. Mathis 411
Das frühzeitige Auftreten der Nervensyphilis, von Fournier 442
Die Rolle der Lymphdrüsen bei tuberkulösen und syphilitischen Zuständen; Heilanzeige, von Verchère 444
Über Prof. Neissers Versuche mit Überimpfung von Syphilis auf Schweine, von Küsel 502
Über die Beziehungen zwischen Rectumstriktur, Elephantiasis vulvae und Syphilis, von Ludwig Waelsch 503
Über viscerale Syphilis, von F. Schlagenhaufer 504
Die Wahrscheinlichkeit des amerikanischen Ursprungs der Syphilis, von Edwin Klebs 527
Neuerliche Entdeckungen in Centralamerika, welche das Vorhandensein der Syphilis dort vor der Zeit von Columbus beweisen, von T. Gann 527
Zur Theorie vom amerikanischen Ursprung der Syphilis, von Proksch 527
Das Heiraten Syphilitischer, von G. Frank Lydston 527
Ist nach dem B. G.-B. die Syphilis der Ehegatten ein Grund zur Trennung der Ehe? von Julius Heller 527
Syphilis als eine nicht venerische Erkrankung, nebst einem Plaidoyer für die gesetzliche Kontrollierung derselben, von L. D. Bulkley 528
Die relative Häufigkeit von Syphilis bei Beschnittenen und Unbeschnittenen, von A. Powell 528

Seite
Die Übertragungsweise der Syphilis, von W. Friedländer ... 528
Neue Ergebnisse der ätiologischen Syphilisforschungen, von Niessen ... 529
Blutuntersuchungen bei konstitutioneller Syphilis unter dem Einflusse der Quecksilbertherapie mit besonderer Berücksichtigung des Eisengehaltes, von Moritz Oppenheim und Georg Loewenbach ... 529
Das Blut bei Syphilis und anderen Infektionskrankheiten und dessen Veränderungen durch Medikamente, Diät u. s. w., von L. H. Wärnen ... 529
Kasuistische Beiträge zur Pathologie und Therapie der Syphilis und Hautkrankheiten, von Knopf und Marcuse ... 530
Ein Beispiel von dem Einfluſs von Druckwirkungen bei warzigen Wucherungen der Frühsyphilis, von A. Schillitoe ... 530
Syphilis und Lebensversicherung, von L. W. Salomonsen ... 530
Ein ungewöhnliches Symptom der sekundären Syphilis, von S. Skirving ... 531
Ein Fall von Syphilis, von Paul Richter ... 531
Kurzer Bericht über zwei Fälle von Syphilis ohne Primärläsion, von L. Jullien 531
Einige seltene Fälle von syphilitischer Infektion auf aufsergeschlechtlichem Wege, von Rosenquist ... 531
Über den syphilitischen Schanker der Clitoris, von Druelle ... 531
Ein Fall von Primäraffekt der Thränendrüse, von Anargyros ... 532
Primärsyphilid der Tonsillen, von W. H. Kelson ... 532
Einige Komplikationen bei Hautsyphilis und deren Behandlung, von Engman 532
Syphilis cutanea, von L. Katz ... 532
Über die Behandlung oberflächlicher, syphilitischer Gummata, von R. Maclaren 533
Über Syphilis der Mundhöhle, von E. Finger ... 533
Beitrag zur Diagnose der tertiären Syphilis des Rachens, von Levinger ... 534
Die klinische Bedeutung der glatten Atrophie des Zungengrundes (Virchow), von J. Heller ... 534
Über Lungensyphilis, von Hansemann ... 534
Erworbene Lungensyphilis, von Otto Lerch ... 535
Syphilitische Läsionen des Magens, von W. S. Fenwick ... 535
Über einen Fall von Diabetes mellitus syphiliticus, von Hemptenmacher ... 536
Über Nephritis syphilitica acuta praecox mit enormer Albuminurie, von F. Hoffmann und E. Salkowski ... 536
Syphilis uterina tarda, von Spinelli ... 536
Ein Vortrag über einen Fall von syphilitischer Arterienerkrankung, von W. Gowers 537
Latente syphilitische Aortitis und viscerale Neuralgien, von Louis Renon ... 537
Multiple syphilitische Osteomyelitis, von Josserand ... 537
Über Osteochondritis syphilitica im Röntgenbild, von Holzknecht und Kienböck 538
Hämorrhagische gummöse Myositis, von Ch. Symonds ... 538
Syphilitische Heredität, von MacIlwaine ... 538
Ein Fall von hereditär-syphilitischer Erkrankung der Augen in der zweiten Generation, von Strsheminski ... 538
Über einen Fall von kongenitaler Syphilis mit hämorrhagischer Pemphigusform (Asphyxie-Sektion), von W. P. Shukowsky ... 539
Über die Behandlung der hereditären oder acquirierten Syphilis der Säuglinge und Kinder mit dem Blaschkoschen „Mercolint", von S. Beck ... 539
Fälle von juveniler, allgemeiner Paralyse bei kongenitaler Syphilis, von R. P. Smith 539
Zur Pathogenese der allgemeinen Paralyse, von W. F. Robertson ... 540
Ein Fall von syphilitischer Geistesstörung und ein Fall von Dementia paralytica, welche eine syphilitische Psychose vortäuschte, von Walker, Diller und Burns ... 540
Zur Behandlung der syphilitischen und Rückenmarksaffektionen, von Hmelewski 541
Über postluetische konjugale Nervenkrankheiten, von H. Idelsohn ... 541
Über Tabes bei Eheleuten, von Hudovernig ... 541
Drei Fälle von frühzeitiger juveniler Tabes, bedingt durch kongenitale Syphilis und neuropathische Belastung, von G. T. B. James ... 542
Aggregiertes kleinpapulöses Syphilid mit aufserordentlichem Juckreiz, von F. Epstein ... 580
Reinfectio syphilitica, von Neisser ... 580
Initialsklerose an der Ferse, von A. T. Büchler ... 586
Über die Verwendung der Schwefelbäder bei der Behandlung der Syphilis, von Edmond Vidal ... 589
Zur Ätiologie der Tabes dorsalis, von S. Pansini ... 595

Seite

Eine eigentümliche Form von gekreuzter Lähmung bei einem Syphilitischen, von Raymond ... 596
Fall von syphilitischem Gumma des Stirnlappens mit Anfällen von Jacksonscher Epilepsie, von Dieulafoy ... 596
Zur Behandlung der Syphilis des Nervensystems, von Joseph Collins ... 596
Über einen abnormen Fall von Syringomyelie mit wahrscheinlich syphilitischer Ätiologie (Morvanscher Typus an den unteren Extremitäten), von L. Dekeyser 596
Der gegenwärtige Stand der Syphilistherapie, von Viktor Klingmüller ... 597
Behandeln wir Syphilis zweckentsprechend, indem wir den Patienten im Primärstadium schonen? von Charles O'Donovan ... 597
Die Behandlung der Syphilis mit besonderer Berücksichtigung der besten Methode der Quecksilberdarreichung, von W. Ayres ... 598
Über die Toxicität des Urins und die Durchgängigkeit der Nieren bei der Syphilis, von Soual ... 631
Über das Verhältnis der Ausscheidung von Chlornatrium zur Ausscheidung von Harnstoff im Urin der Syphilitiker, von Soual ... 631
133 Fälle tertiärer Hautsyphilis, von E. Epstein ... 633
La Syphilis, Chancre et Syphilis secondaire, von Vouzelle ... 635
Über gleichzeitige therapeutische Anwendung von Quecksilber- und Jodpräparaten, von Lesser ... 637
Zur Kasuistik der Syphilisbehandlung ... 638
Zur Behandlung der Syphilis, von Daubresse ... 638
Die prophylaktische Schmierkur der Eltern, von Heddaeus ... 638
Eine neue Behandlungsmethode der Syphilis mit Sublimat, von T-reves ... 639
Zur Behandlung der Syphilis mit intravenösen Sublimatinjektionen, von Lichatscheff ... 639
Zur Verhütung und Bekämpfung der Syphilis, von R. Ledermann ... 639
Der Kampf gegen die Syphilis und die venerischen Krankheiten, von Dubois Havenith ... 640
Syphilis und Ehe, von W. A. Hardaway ... 640
Die Syphilis vom neurologischen Standpunkte aus, von M. W. Hope ... 640
Frühzeitige Zeichen und Symptome bei der hereditären Syphilis im Kindesalter, von W. L. Johnson ... 640
Der syphilitische Heiratskandidat und das ärztliche Attest, von Dubois-Havenith 642
Die Frage der Syphilis in der dritten Generation, von Heddaeus ... 642
Die Nachkommenschaft der Hereditärsyphilitischen und die Liga gegen die Syphilis, von Tommaso de Amicis ... 642
Über Nierenveränderungen bei Lues congenita, von Oskar Stoerk ... 642
Die Ätiologie der Syphilis, von A. Robin ... 642
Anerkannte Syphilis in der allgemeinen Praxis, von L. Duncan Bulkley ... 643
Der nicht diagnostizierte Schanker, von William S. Gottheil ... 643
Die klinischen Characteristica des syphilitischen Schankers, von Fournier ... 643
Ulcus molle und Syphilis, von E. Finger ... 643
Die Hämatologie der Syphilis, mit besonderer Rücksicht auf die Diagnostik der chirurgischen Affektionen zweifelhafter Natur, von Giuseppe Verrotti ... 644
Drei zweifelhafte Fälle von Syphilis, aufgeklärt durch die Blutuntersuchung, von Giuseppe Verrotti ... 644
Wie diagnostiziert man am besten ansteckende Syphilis bei einer Amme? von J. D. Thomas ... 644
Diagnose und Behandlung der Syphilis, von F. Cabot ... 645
Welches ist der sicherste Weg bei der Diagnose der Syphilis? von G. Frank Lydston, Orville Horwitz und Edward L. Keyes ... 645
Kann in Fällen schwerer tertiärer Syphilis, bei denen anamnestisch nichts von vorausgegangener aktiver Syphilis festzustellen ist, das Sekundärstadium übersprungen worden sein? ... 645
Hat sich die Zahl der Heilmittel in den letzten Jahren vermehrt? von Horwitz und Murton ... 645
Wie weit kann der Arzt die Verantwortung bei Erteilung des Ehekonsenses Syphilitikern gegenüber auf sich nehmen? ... 646
Kann ein Tertiär-Syphilitischer die Syphilis auf seine Nachkommen übertragen? .. 646
Sind Fälle bekannt, in denen zweifellos syphilitische Väter Kinder zeugten, die gesund blieben? ... 646
Syphilis der Kinder: Hygiene und Therapie, von H. de Rothschild ... 646

Seite

Statistische Untersuchung über die Folgen der Lues, von M. Matthes, unter Mitwirkung von Martin, Dörfer und Knabe ... 647
Syphilis der Nase und des Halses, von E. B. Gleason ... 647
Leukoplakia buccalis acuta syphilitica, von Chompert und B. de Névrezé ... 648
Syphilitische Affektionen der Bronchien, Lungen und Pleura, von Norman B. Gwyn ... 648
Ein Fall von syphilitischer Pneumonie, von J. G. Gibbon ... 648
Über Lebersyphilis, von S. Flexner ... 648
Fall von tertiärer Lues mit grofsem Defekte am Gaumen, von Rimscha ... 649
Über das tertiärsyphilitische Erythema circinatum, von R. Duhot ... 649
Syphilis nervosa praecox, von M. Fournier ... 649
Unausgebildete Form von Syphilis der nervösen Centralorgane, von J. Roux ... 650

2. Lokale Infektionskrankheiten.

a. Oberhaut.

Folliclis, von Saalfeld ... 16
Pemphigus, von Hoffmann ... 17
Kokken im Gewebe bei Erythema nodosum, von Hoffmann ... 17
Folliculitis decalvans, von Hoffmann ... 17
Die Behandlung des Favus, von Pospelow ... 17
Keratosis follicularis, von Sokoloff ... 18
Die Resultate der neuesten Untersuchungen über das Ekzem, von Glawsche ... 18
Über bullöse Dermatitis (Dermatitis herpetiformis?) bei Kindern, von John T. Bowen ... 18
Ein Fall von langdauerndem Erythema elevatum oder ringförmiger, knotenförmiger Eruption an den Extremitäten eines Kindes, von Gilchrist ... 19
Über rezidivierende Phlyktänosen der Extremitäten (Acne dermatitis continua nach Hallopeau), von Ch. Audry ... 77
Histologie des Erythema multiforme, von Karl Kreibich ... 83
Klinischer Beitrag zum Studium der linearen Dermatosen, von F. Balzer und P. Lecorun ... 78
Lichen chronicus simplex, von Blaschko ... 128
Die Ätiologie des Ekzems, von Küsel ... 130
Zur Behandlung der Milien, von K. Gerson ... 136
Über Pemphigus neonatorum, von Paul Richter ... 136
Die Behandlung der Dermatosen des Vestibulums der Nase, von Garell ... 143
Zur Ekzemfrage, von Jacob Frédéric ... 144
Ekzem in Bezug auf Lebensalter, von M. Morris ... 144
Ein Beitrag zur Phototherapie des Ekzems, von Ernst Hellmer ... 145
Die Behandlung des Ekzems, von Gaucher ... 145
Bemerkungen über Ekzembehandlung, von W. R. J. Dalton ... 146
Ein Fall von chronischem Ekzem, geheilt mit 4%iger Sublimatlösung, von E. Scipiades ... 146
Über atypische Psoriasis, von Albrecht Beyer ... 147
Polyarthritis psoriatica, von José Baquero y Tresaries ... 148
Über Psoriasisbehandlung, von E. Morgenstern ... 148
Ein Apparat zur Vertreibung der Intertrigo, von Smester ... 148
Beitrag zum Studium der Ätiologie und Pathogenese der schwarzen Haarzunge 148
Bemerkungen über Ringworm, von A. Ravogli ... 149
Über den Krankheitserreger der Impetigo circinnata (figurata, annularis), von Török ... 149
Pityriasis versicolor mit besonderer Berücksichtigung der Allenschen Jodprobe, von J. Sobel ... 150
Entfernung von Pityriasis versicolor, von M. Porosz ... 150
Die Seborrhoe behandelt mit Benzin, von R. W. Leftwich ... 150
Pemphigus vulgaris, von Rusch ... 169
Fall von Pemphigus vulgaris, von Rille ... 170
Neurotische Blasenbildung, von Rille ... 170
Leukoderma nach Psoriasis vulgaris, von Rille ... 170
Ein Psoriasisfall geheilt mit Injektionen von Solutio Fowleri, von Rille ... 170

Seite

Pyrogallolvergiftung bei einem Psoriatiker, von Rille 171
Entzündliche Affektionen der Nägel, von S. Pollitzer 173
Trophische Nagel-Affektionen, von J. Zeisler 174
Parasitäre Erkrankungen der Nägel, von Joseph Grindon 174
Die Behandlung der Nagelerkrankungen, von W. A. Hardaway 175
Zwei Fälle einer seltenen papulösen Affektion der Achselhöhle, von G. H. Fox und J. A. Fordyce 178
Der rezidivierende Herpes der Haut, von W. Dubreuilh und F. Dosso 179
Experimentelle Untersuchungen über den Herpes tonsurans und den Favus, von Truffi 183
Abnorme squamöse Dermatosen, von Casoli 183
Abnorme squamöse Dermatosen, von Casoli 253
Pityriasis rubra Hebrae, von Sokoloff 300
Fall von Psoriasis vulgaris, von Rille 302
Favus, von Petersen 302
Dermatitis herpetiformis Duhring, von Hoffmann 302
Zwei Fälle von ungewöhnlicher diffuser Hauterkrankung, bestehend in Entwickelung reichlicher, meist epidermoidaler Auswüchse, von L. Kopytowski 304
Über die vom Druck unabhängige Tylosis palmarum der Erwachsenen, von J. Schütz 305
Eine kleine Epidemie von Mikrosporon Audouini in Strafsburg, von A. Gunsett 306
Neuere klinische Beobachtungen über Tinea versicolor, von Charles Warrenne Allen 345
Ekzem, von John V. Shoemaker 346
Erythrodermia congenitalis ichthyosiformis mit Hyperdermotrophie, von Brocq 410
Die Behandlung der Nagelentzündungen mit dem Galvanokauter, von Henri Fournier 411
Seborrhoe, von Sabouraud 442
Ein Fall von rezidivierender Phlyktänose der Extremitäten, von Carle 444
Der Pemphigus, von A. Coffin 445
Fall von Pemphigus chr. circinatus serpiginosus, von Tschlenoff 501
Ein Fall von Acanthosis nigricans, von B. Béron 504
Duhrings Krankheit bei Kindern, von Wm. S. Gottheil 508
4½jähriger Knabe mit Pityriasis rubra pilaris, von Neisser 580
Hautaktinomykose, von Lion 580
Neuere Arbeiten über Erkrankungen der Nägel, von Theodor Cohn 581
Zwei Fälle von blastomycetischer Dermatitis, von F. J. Shepherd 586
Rezidivierender Herpes des Gesichts, von Dalous 590
Die Dermatitis exfoliativa Wilson und das Erythema scarlatiniforme recidivans, von Friedrich Luithlen 622
Strichförmige Hautausschläge am Bein, von L. Fischl und F. Pinkus 623
Über einen Fall von Erythema multiforme bullosum und die bei demselben gefundene Leukocytenzahl, von Dalous 631
Psoriasis universalis nach einer Gemütsbewegung, von Ch. Audry 632
Die Pityriasis rosea Gibert, von G. B. Fiocco 635

b. Cutis.

Lichen ruber verrucosus, von Gebert 17
Knötcheneruption am Penis, von Pinkus 17
Granulosis rubra nasalis (Jadassohn), von Pinkus 17
Lichen planus, von Hasanoff 18
Über Mycosis fungoides Alibert, von E. Vollmer 80
Über eine eigenartige Erkrankung der Nasenhaut bei Kindern („Granulosis rubra nasi"), von J. Jadassohn 84
Zur Pathologie des Rhinoskleroms, von S. Róna 85
Zur Pathologie des Rhinoskleroms, von Alfred Huber 86
Über atrophische und serpiginöse Formen des Lichen ruber planus, von V. Zarubin 130
Über die Dermatitis nodularis necrotica (Phlebitis nodularis necrotisans Philippson, Tuberculide acneiforme etc.), von Ludwig Török 131
Ulcus molle und Erythema nodosum, von Maurice Druelle 134
Über die Pathogenese des venerischen Bubo, von P. Colombini 135
Die Behandlung von Abscessen, von Charles Lester Leonard 150

Seite
Über die Eiterungen an der oberen Extremität und ihre Behandlung, von Mauclaire 150
Über Behandlung von Geschwüren mittelst ausstrahlender Wärme, von Tarabrin 151
Über Lichen vom histologischen Standpunkte aus, von M. Dockrell 151
Histologische, bakteriologische und experimentelle Untersuchungen über das Rhinosklerom, von U. Mantegazza 151
Dermatitis blastomycetica der Glutaealgegend, von F. G. Harris 152
Über einen in Algerien beobachteten Fall von Framboesia, welcher durch einen Staphylococcus bedingt zu sein scheint, von P. Busquet und J. Crespin 152
Aktinomykosis circumscripta der Wange, von Gaucher und Lacapère 152
Ein Fall von Aktinomykosis beim Menschen, von Littledale 152
Ichthyol bei Erythema nodosum, von A. Brownlie 153
Dermatomyositis, von Bonnet 153
Pustula maligna, Bericht über zwei Fälle, von J. M. G. Carter 153
Ein Fall von Anthrax mit ausgiebiger meningealer Blutung, von J. C. Sturdy 153
Über ödematösen und erysipelatoiden Anthrax, von J. H. Bell 154
Die durch Manipulieren mit Pferdehaar bedingte Gefahr des Anthrax und deren Beseitigung, von A. Scott 154
Ein Fall von Milzbrandkarbunkel, von Hanasiewicz 154
Ein Fall von Milzbrandkarbunkel, von Amand Ravold 154
Beitrag zum Studium der Therapie des Milzbrandes; Serum von Mendez, von Cerruti 155
Über den Einfluſs der Einspritzung von Merkursalicylat auf die Elephantiasis ulcerosa der unteren Extremitäten, von R. Duhot 155
Über die Ätiologie des Erysipels und sein Verhältnis zu den pyogenen Infektionen, von Jordan 155
Klinisches Studium über das Erysipel, von Roger 156
Zwei verhängnisvolle Fälle — Pemphigus und Erysipel — bei Kindern, von Frank S. Meara 156
Über die Behandlung des Erysipels mit Serum von an Erysipel erkrankten Individuen, von Valentin Jez 157
Die Behandlung des Erysipels mit Ichthyolpinselungen, von Eschle 157
Über eine Form von Chorea im Verlaufe eines Erysipels, von Fornaca 157
Über den Staub der Arundo donax-Linné bei der Pathogenese einer in ihren Erscheinungen zwischen dem polymorphen Erythem und dem phlegmonösen Erysipel schwankenden Dermatitis, von Lisanti 157
Über nosocomiale Gangrän, von Al. Brabec 157
Über die bei Gangrän vorgefundenen und den Säuren widerstehenden Bacillen, von A. Folli 158
Ein Fall von Noma mit ausgedehnter Soorbildung in hohem Alter, von O. Zusch 158
Ein Fall von Heilung des Wasserkrebses (Noma), von Acherlediani 158
Zur Therapie des Wangenkrebses, von Richard Schweitzer 159
Heilung von Noma durch Diphtherieserum, von Strauwen 159
Lichen ruber planus, von Rille 169
Mykosis fungoides d'emblée, von Rille 170
Zwei Fälle von Pellagra, von Rille 170
Pemphigus vegetans, von Rille 171
Ein Fall von Gangrän bei einem neugeborenen Kinde, von E. B. Bronson 175
Granuloma annulare, von H. R. Crocker 179
Folliculitis squammo-ulcerosa als Begleiterscheinung des Ulcus molle, von J. Felician 182
Lichen ruber planus, von Pinkus 251
Spitze Condylome der Genitalregion, von Hasanoff 300
Fall von Pemphigus vegetans, von Rille 301
Lichen ruber verrucosus, strichförmig an der Hinterseite des Oberschenkels, von Pinkus 336
Vegetierende Dermatitis im Verlaufe eines infantilen Ekzems, von G. W. Wende und H. K. Degroat 349
Lichen ruber planus ähnlicher Ausschlag, von Pinkus 579
Erythema induratum Bazin, von Pinkus 579
Mykosis fungoides, von Ledermann 579
Mykosis fungoides mit gleichzeitiger Vitiligo, von Scholz 580
Lichen planus palmaris et plantaris, von W. Dubreuilh und E. Le Strat 589
Über einen Fall von Lichen circumscriptus, von Audry 632
Über die circumscripten Formen der Dermatitis herpetiformis, von Ch. Audry 632

Progressive Ernährungsstörungen.

a. Maligne.

Seite

Lymphangioma tuberosum multiplex, von Saalfeld ... 16
Mann mit lymphatischer Leukämie, von Buschke ... 17
Lymphatische Leukämie, von Hoffmann ... 17
Fünf Fälle von Naevi cystepitheliomatosi disseminati (Hidradénomes Jacquet et Darier etc.), von A. Gassmann ... 86
Über das Epithelioma adenoides cysticum (Brooke) und seine Beziehung zum Adenom der Talgdrüsen (Adenoepitheliom), von W. Pick ... 86
Spontankeloide, von Rille ... 169
Fibroma molluscum, von Rille ... 169
Ein Fall von idiopathischem, multiplen Hautsarkom, von H. H. Koehler und J. C. Johnston ... 178
Das Coleysche Serum und die Hautsarkomatose, von N. La Mensa ... 183
Die Behandlung der bösartigen Geschwülste mit Arsenverbindungen, von Carl Truneček ... 185
Das Carcinom-Protozoon, von H. R. Gaylord ... 185
Das Wesen der Schüllerschen Krebsparasiten, von Friedrich Völcker ... 186
Ein Beitrag zur Pathogenese des Krebses, von J. Marnoch ... 186
Über Krebs, speziell Hautkrebs, von Ellice M. Alper ... 187
Über pathologische Anatomie und Histologie des Carcinoms, von v. Hansemann 188
Carcinom, dessen Wesen und Behandlung, von J. H. Webb ... 188
Zur Behandlung der Hautepitheliome, von Charles W. Allen ... 188
Durch Exstirpation geheiltes Epitheliom der Kopfhaut, von A. Morelle ... 189
Ein Fall von Pagetscher Krankheit der Brustwarze im frühen Lebensalter, von R. Alcock ... 189
Weitere Resultate der Behandlung von inoperablen Sarkomen mit den gemischten Toxinen des Erysipels und des Bacillus prodigiosus, von W. B. Coley ... 189
Ein Fall von multipler Pustula maligna (Anthrax), von R. L. Knaggs ... 190
Über Sarkombehandlung mittelst der Röntgenstrahlen, von Carl Beck ... 190
Die Behandlung des Ulcus rodens mit X-Strahlen, von J. H. Sequeira ... 190
Pseudoleukaemia cutis, von Gerschun ... 404
Pseudoleukämie mit tumorartigen Hautveränderungen, von Jacobsohn ... 578
Epitheliom, von Frede ... 579
Hautkrebs, von J. A. Fordyce ... 586

b) Benigne.

Über einen Fall von Darierscher Krankheit, von Caspary ... 190
Zwei Fälle von erektilen Lidgeschwülsten, von Eeckman ... 191
Ein Fall von Xanthoma tuberosum und mit Tumorenbildung, von Duhot ... 192
Zur Kenntnis des Pseudoxanthoma elasticum (Darier), von Erwin Gottlieb v. Tannenheim ... 192
Über Neurofibromatose und ihre Komplikationen, von C. Adrian ... 192
Zur Anatomie und Klinik der Narbengeschwülste, von Leopold Freund ... 194
Bericht über zwei Fälle von Lymphangiom, von S. Kenerson ... 194
Einige Beobachtungen über Pathologie und Behandlung der Hühneraugen, von E. Harding Freeland ... 195
Über die gemischte Form des Angioms, von Rizzuto und Gomez ... 195
Durch das Korsett hervorgerufene hypertrophische Narben, von Ch. Audry ... 632
Beitrag zum Studium der Leukämide, von Guillaume Germès ... 637

c) Pigmentanomalien.

Über Bronzediabetes, von Murri ... 196
Ungewöhnliche Hyperpigmentation des Gesichtes, von Grouven ... 196
Über experimentelle Tuberkulose der Nebennierenkapsel in Beziehung zur Addisonschen Krankheit, von Bindo de Vecchi ... 197
Neuritis mit intensiver Pigmentation des Abdomens, wahrscheinlich durch excessives Trinken arsenhaltigen Bieres hervorgerufen, von A. Hall ... 197
Metall-Vergiftung, von W. R. Gowers ... 197
Ein Fall von Morbus Addisonii, von Salvat. d'Auria ... 197

Seite

Ein Fall von Morbus Addisonii mit beginnender Tuberkulose der Nebennieren, von Secchi ... 197
Klinische Beobachtungen über zwei Fälle von Morbus Addisonii mit besonderer Berücksichtigung des Blutbefundes, von Hamel ... 198
Morbus Addisoni, von Pospelow ... 501
Zur Kenntnis der weichen, pigmentierten Naevi, von J. Fick ... 502
Ein Fall von Leucotrichia annularis in Verbindung mit anderen Pigmentanomalien, von G. N. Meachen ... 582
Über eine eigentümliche Hyperchromatose in Form centrifugaler Flecken des Gesichts, von Ch. Audry ... 631

Regressive Ernährungsstörungen.

Hautatrophie, von Buschke ... 17
Thalliumalopecie bei einem Kaninchen, von Buschke ... 17
Atrophia cutis idiopathica, von Metscherski ... 18
Scrophuloderma, von Metscherski ... 130
Die Beziehungen des Lupus erythematosus discoides zur Tuberkulose, mit besonderer Verwertung der Tuberkulinreaktion, von W. Pick ... 132
Alopecia areata, von Rille ... 169
Vier Fälle von Lupus erythematosus, von Rille ... 170
Idiopathische Hautatrophie, von Rille ... 171
Gerodorma, Infantilismus, Feminismus, von Càllari ... 198
Striae atrophicae lineares bei einem neuropathischen Individuum, von Chirivino 198
Ein Fall von Spontangangrän bei einem Säugling, von L. A. Bowes ... 199
Congenitale spontane Gangrän, von C. E. Richmond ... 199
Einige neue Momente in Bezug auf Raynauds symmetrische Gangrän, von C. Beck ... 199
Eine Betrachtung über Hämorrhoiden, von John Turner ... 199
Über die Bestrahlung der Alopecia areata mit Röntgenlicht, nebst Studien über das Wesen der Röntgenwirkung, von Guido Holzknecht ... 200
Zur chirurgischen Behandlung thrombosierter Unterschenkelvaricen, von Kramer 200
Über die chirurgische Behandlung der Varicen und der Ulcera varicosa der unteren Extremitäten, von Nardi ... 200
Die Behandlung des Ulcus varicosum durch die trophische Nervendehnung, von Chipault ... 200
Zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre, von Walbaum ... 201
Bemerkungen zu „Zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre“ von Dr. Walbaum, von O. Schultze ... 201
Beitrag zur Behandlung des Ulcus cruris, von Siegfried Lissau ... 201
Über mechanische Behandlung von Wunden und Geschwüren, besonders des Unterschenkels, von Heermann ... 202
Drei Fälle von Myxödem von verschiedenem Typus, von W. Wyllys ... 202
Hauterscheinungen beim Diabetes, von S. Sherwell ... 202
Ein Beitrag zur Kenntnis des Xeroderma pigmentosum, von August Halle ... 203
Ein Fall von diffuser Sklerodermie, von R. Bleasdale ... 203
Ein Fall von diffuser Sklerodermie, von W. S. Porter ... 203
Über Sklerodermie nach eigenen Beobachtungen, von Neumann ... 204
Untersuchungen über den Stoffwechsel bei der Sklerodermie, von H. Tedeschi 204
Universelle Sklerodermie und Raynaudsche Krankheit, von Rolleston und Pearson ... 204
Fall von Sklerodermie mit Myositis, von Wulff ... 204
Alopecia areata, von Norman-Walker und Rockwell ... 205
Die Ätiologie der Alopecia areata, von Delos und Parker ... 205
Über Monilethrix, von E. Wood Ruggles ... 205
Lupus erythematodes, Lupus pernio, von Rosenthal ... 251
Fall von Sklerodermie, von Rille ... 301
Fälle mit Lupus erythematosus, von Rille ... 301
Fall von Sklerodermie nach Angina, von Leonhard Leven ... 308
Ulcus bullosum chronicum des Unterschenkels, von Du Castel ... 411
Ein Fall von angeborener Alopecie, von Ch. Audry ... 411
Behandlung der Alopecia areata und der Trichophytien mit Jodkollodium, von L. Butte ... 444

Seite

Natur und Behandlung der Alopecie, von Lucien Jacquet 444
Fall von idiopathischer Atrophie der Haut, kombiniert mit Sklerodermie, von Metscherski 502
Streifenförmige Sklerodermie in der Voigtschen Grenzlinie, von Lion 580
Durch Elektrolyse behandelte circumscripte Sklerodermie, von Löwenheim 580
Über Wesen und Behandlung der Alopecia areata, von L. Jacquet 588
Erkrankung der Nägel in einem Fall von vitiliginöser Alopecie, von Ch. Audry 590

Idioneurosen.

Über das Jucken und die juckenden Hautkrankheiten, von A. Neisser 206
Drei Fälle von Pruritus im Verein mit Lymphadenoma, von W. Cottle 207
Pruritus senilis linguae, von Egmont Baumgarten 207
Über die Vernachlässigung des Kauters in der Chirurgie und über seinen Nutzen bei der Behandlung des Pruritus ani, von W. M. Banks 207
Beitrag zur Behandlung des Pruritus vulvae, von L. Siebourg 208
Pruritus und Frühgeburt, von D. Kranovitz 208
Zur allgemeinen Chirurgie des Symphaticus, von Garampazzi 208

Mifsbildungen.

Ein Fall von Trichosis lumbalis mit Spina bifida occulta, von Kellner 211
Die Beseitigung von abnormem Haarwuchs durch eine Verbindung von Röntgenstrahlen und Elektrolyse, von D. Walsh 211
Naevus linearis der rechten Körperhälfte, von Sokoloff 301
Naevus linearis ichthyosiformis, von Sokoloff 301
Naevus flammeus der rechten Gesichtshälfte, von Rille 301
Naevus sebaceus am behaarten Kopf, von Buschke 336
Fall von Naevus mollusciformis, von O. Seifert 341
Über einen seltenen Fall von Naevus spilus oder pigmentosus, von Joh. Fabry 341

Saprophyten und Fremdkörper.

Fall von lokalem durch einen Hühnerparasiten (Menopon pallidum Nitzsch) hervorgerufenen Pruritus, von C. Rasch 172
Ein Fall von subcutanem Emphysem infolge einer Geburt, von S. Székely 209
Hautpigmentation durch den Demodex folliculorum, von W. Dubreuilh 209
Über das Eindringen der Ankylostomalarven in die menschliche Haut, von A. Loos 210
Durch Filaria bedingte Varix lymphatica, von G. L. Opie 210
Über die Botryomycosis humana, von E. Bodin 629

Sekretionsanomalien.

Die Erklärung des kritischen Schweifses, von L. Török 209

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra, Blase.

Beitrag zum Studium der paravesikalen Echinococcuscysten, von Fürstenberg 20
Harnabceſs oder vielmehr periurethrale Eiterung ohne Verletzung der Urethra, von Delefosse 22
Ein Mikrobiennest des Penis, von Keersmaecker 23
Bemerkung über einen Fall von akuter, durch Staphylokokken hervorgerufener Urethritis, von Albert Malherbe 23
Experimentelle Untersuchungen über die baktericide Wirkung einiger Harndesinficientien, von Wannier 23
Über die Sekundärinfektion bei der Tuberkulose der Harnorgane, von Suter ... 78
Ein mittelfingerdickes Prozentasiometer, welches aus der Harnblase eines Mannes mittels Perinealschnittes entfernt war, von Hacker 168
Cancroid des Bulbus und der Pars nuda urethrae, von König 172
Über einige Verbesserungen am cystoskopischen Instrumentarium mit besonderer Berücksichtigung der Sterilisationsfrage, von Heinrich Levin 173

Seite

Über Epithelverhornung der Schleimhaut der oberen Harnwege, von Desider Róna 173
Beitrag zur Frage der Sectio alta bei totaler narbiger Impermeabilität der Harnröhre und Harnfisteln, von P. A. Blagowjetschtschenski 173
Die Ursache der ungenügenden Resultate der internen Urethrotomie, von G. F. Lydston 175
Die Histologie des Harntractus in ihrer Beziehung zu krankhaften Ablagerungen im Urin, von G. L. Eastes 211
Über Meningitis tuberculosa bei Tuberkulose des männlichen Genitalapparates, von M. Simmonds 211
Asepsis und Antisepsis in der Urologie, von Ludwig Stein 211
Peniscarcinom, von Holländer 252
Zur Massage der Urethralschleimhaut, von Berger 252
Durch Bacterium coli erzeugte Urethritis anterior, von Ledermann 253
Zur Technik der Phimosenoperation, von Hermann Schlosser 254
Ulcerierte Paraphimose gefolgt von foudroyant verlaufendem Tetanus, von Favre 254
Die Operation der Hypospadie, von Carl Beck 255
Ein Fall von doppeltem Penis, kombiniert mit Blasenexstrophie und vier Ureterenmündungen 255
Statistische Betrachtung über Epitheliom des Penis, von F. D. Patterson 255
Über die plastische Verhärtung der Schwellkörper des Gliedes, von Josef Englisch 255
Dilatatoren mit Spülvorrichtung, von Fr. Dommer 256
Eine modifizierte Handhabe des Harnröhrendilatators, von Ferd. C. Valentine 256
Die Dauersonde als Hülfsmittel der urethrovesicalen Eingriffe, von Negrele 256
Eine geschützte Stempelspritze für Harn- und Blasen-Irrigation, von Eastmann 257
Über die Rupturen der Urethra, von Marocco 257
Über die Naht der Harnröhrenwände ohne Naht der weichen Partien und der Haut, von J. Zadok 257
Ein ungewöhnlicher Fall von Urininfiltration, von R. Parker 257
Zur Kenntnis des Urethrospasmus in der vorderen Harnröhre, von Ferd. Fuchs 258
Ein Fall von Carcinom der Urethra und Harnblase; Entfernung der Neubildung und Verschluſs der unterm Schambein entstandenen Öffnung bei Dauerdrainage oberhalb desselben, von W. H. Battle 258
Über die Behandlung der Strikturen der Harnröhre mittelst Elektrolyse, von W. N. Cholzow 258
Entfernung eines Urethralsteines durch Harnröhrenschnitt, von E. Loumeau ... 259
Zur Asepsis des Katheterismus, von Mankiewicz 259
Sterilisierung von Gummisonden, von Phélip 260
Eine Methode, weiche Katheter zu sterilisieren, von H. Herring 260
Zur Frage der Kathetersterilisation, von Jacob 260
Über Cystoskopie, von G. Kulisch 260
Entwickelung und heutiger Stand der Cystoskopie, von M. Nitze 261
Cystoskopische Erfahrungen, von Goldberg 261
Der Einfluſs und die Bedeutung der Cystoskopie und des Ureteren-Katheterismus auf die klinische Medizin, mit spezieller Berücksichtigung der allerneuesten Forschungen, von R. Loeb 261
Inkarcerierte Blasenhernie; aufgebrochenes Hodensarkom, fälschlich für inkarcerierte Hernie gehalten, von Thomas H. Manley 262
Die Behandlung der Cystitis, von Char. Chassaignac 262
Zur Diagnose, Ätiologie, Prophylaxe und Behandlung der Cystitis, Pyelitis und Pyelonephritis beim Weibe, von Thomas R. Brown 263
Ein Fall von chronischer Cystitis mit Pyelonephrose, Blasen- und Prostatasteinen, von Israel Cleaver 264
Fall von latenter Blasentuberkulose, der durch Injektion alten Kochschen Tuberkulins manifest wurde, von Morelle 264
Tumoren der Blase und Prostatahypertrophie, von D. Wallace 264
Eine Harnblasenschuſsverletzung, von B. Bayerl 264
Intraabdominale Blasenruptur, von A. Hunnard 265
Operative, präperitoneale Ruptur der Blase, von John A. Wyeth 265
Ein Fall von suprapubikaler Cystotomie, von Ch. Horner 265
Sofortige Cystorrhaphie nach der Sectio alta (suprapubica), von Balacescu 266
Ein Fall von Blasenstein, von Rizzo 266
Über die Symptome und die modernen Methoden der Diagnose von Blasen-, Nieren- und Ureterensteinen, von P. J. Freyer 266

Seite

Klinischer Beitrag zur Epicystotomie mit nachfolgender Blasennaht wegen Blasenstein, von Scarrone ... 266
Bemerkungen über 206 Steinoperationen, von W. F. Adams ... 266
Plantago major gegen Steinleiden, von Vordermann ... 267
Über Enuresis im Kindesalter, von Martin Thiemich ... 267
Erysipelas gangränosum penis et scroti, von Hoffmann ... 302
Über die smegmogenen Konkretionen des Präputialsackes „Smegmolithen" und über die Analogie zwischen diesen und anderen Epidermiskonkretionen des Menschen und einiger Säugetiere, von D. Majocchi ... 303
Über die smegmogenen Konkretionen des Präputialsackes, „Smegmolithen" und über die Analogie zwischen diesen und anderen Epidermiskonkretionen des Menschen und einiger Säugetiere, von D. Majocchi ... 342
Circumcision, von H. N. Raferty ... 345
Katheterfieber, von C. Posner ... 347
Diagnose von Blasenstein, Nieren- und Harnleitersteinen durch Röntgenstrahlen, von D. H. Hayes ... 348
Späterfolge des chirurgischen Eingriffs in drei Fällen von traumatischer Zerreifsung der Urethra, von Guyon ... 405
Beitrag zur pathologischen Anatomie der Blase, von Noël Kallé und B. Motz 406 407
Ein Fall von doppelter Urethra, von Duhot ... 406
Bakteriologische Untersuchungen über die Infektion der Blase, besonders hinsichtlich der Veränderlichkeit der Bakterienflora, von R. Faltin ... 409
Anfälle von Blasentenesmus bei einem Epileptiker, von Ch. Féré ... 409
Ein neuer endoskopischer Apparat zur direkten Untersuchung der Urethra und der anderen Körperhöhlen, von L. Levi ... 442
Über die smegmogenen Konkretionen des Präputialsackes „Smegmolithen" und über die Analogie zwischen diesen und anderen Epidermiskonkretionen des Menschen und einiger Säugetiere, von D. Majocchi ... 505
Die praktische Anwendung der kombinierten Operationen des inneren und äufseren Harnröhrenschnittes, von Reginald Harrison ... 508
Die Circumcision und ihre Gegner, von P. C. Remondino ... 508
Harnröhrenverengerung als Ursache von chronischem Rheumatismus, von J. Walter Torbett ... 509
Cystitis, von W. W. Kennedy ... 509
Über die bei der Cystoskopie zu verwendende Spülflüssigkeit, von Eugen Warschauer ... 581
Kurzer Bericht über 86 bakteriologisch untersuchte Fälle von Infektion der Harnwege mit besonderer Berücksichtigung der Streptokokken und einiger im pathologischen Urin früher nicht gefundenen Bakterien, von Faltin ... 581
Beiträge zur Pathologie der Harnblase bei Tabes dorsalis und anderen Rückenmarkserkrankungen, von Hirt ... 581
Beitrag zur Pathologie und Therapie der Zottenpolypen der Harnblase, von Suter ... 582
Über Cystenbildung in der Urethra, von Schwerin ... 582
Gewebsneubildung in der Urethra, von J. H. Dowd ... 585
Unter Cocain ausgeführte Litholapaxie, von G. K. Swinburne ... 587
Studie über die geographische Verbreitung der Harnsteinkrankheit, von Pierre Serguiewsky ... 591
Bakteriologische Untersuchungen über die Infektion der Blase, besonders hinsichtlich der Veränderlichkeit der Bakterienflora, von R. Faltin ... 591

b. Hoden und Samenbläschen.

Zur Behandlung der Impotentia virilis, von Franz Weisz ... 267
Die therapeutische Wirkung des Yohimbins bei Impotenz, von R. Duhot ... 267
Über sexuelle Unmäfsigkeit, von Jennie G. Drennan ... 312
Beitrag zur Pathogenese der Samenstrangcysten, von Fiori ... 312
Behandlung von Epidydimitis mit Unguentum Crédé, von Geo M. Coon ... 312
Ein Rezidiv nach der Winkelmannschen Radikaloperation der Hydrocele, von Carl Lauenstein ... 313
Über Varicocele, von W. H. Bennest ... 313
Über ein Teratom des Hodens, welches reichliches peritheliales angiosarkomatöses Gewebe aufwies, von W. F. Hendrickson ... 313
Maligne Erkrankung des Hodens bei einem Säugling, von H. J. Clark ... 313

Seite

Über angeborene Cysten in der Raphe der äufseren Geschlechtsorgane, von Englisch ... 333
Onanie, von G. M. Phillips ... 344
Sexuelle Neurasthenie, von Marc Ray Hughes ... 345
Die Entwickelung des Geschlechtstriebes, von Havelock Ellis ... 345
Relative Impotenz infolge von chronischer Urethritis der hinteren Harnröhre, von Louis E. Schmidt ... 584

c. Prostata.

Perineale Prostatektomie: Verfahren von Ramon Macias und Regino Gonzalèz, von Deffis, Ramon Macias und Regino Gonzalèz ... 19
Behandlung der Prostatahypertrophie auf Grund einer neuen ätiologischen Auffassung, von A. Casamayor ... 22
Modifikation des Arzbergerschen Prostatakühlers, von Reissner ... 129
Bemerkung über die Bottinische Operation: instrumentelle Modifikationen, von E. Desnos ... 181
Die Prostataerkrankungen in ihrer Beziehung zum Gesamtkörper, von Matthias Hirschberg ... 314
Der gegenwärtige Stand der Prostatachirurgie, von William N. Wishard ... 314
Ein neuer Prostatakühler, von Laskowski ... 315
Apparat zur Behandlung der chronischen Prostatitis, von Paul Richter ... 315
Ein Fall von obstruierender Prostatahypertrophie, komplete Harnretention; Bottinische Operation, wonach wieder Fähigkeit, willkürlich zu urinieren, von Bransford Lewis ... 315
Was ich aus 161 Operationen bei der Behandlung von seniler Prostatahypertrophie gelernt habe, von O. Horwitz ... 316
Beiträge zur Behandlung der chronischen Prostatitis, von Paul Richter ... 316
Ein klinischer Vortrag über die totale Exstirpation der Prostata behufs radikaler Behandlung der Hypertrophie derselben, von P. J. Freyer ... 316
Partielle perineale Prostatektomie, von Adenot ... 316
Einige Folgeerscheinungen der Bottinischen Operation gegen Prostatahypertrophie, von L. Bolton Bangs ... 317
Das Anhaken, Andrücken, Heben und Senken des Incisors während der Bottinischen Operation, von Schlagintweit ... 338
Falsche Passage bei Prostatahypertrophie. — Tötlicher Ausgang durch Beckenabscefs und Embolie der Pulmonalarterie, von Herzog ... 339
Bericht über einen Fall durch Prostatahypertrophie verursachter vollständiger Harnverhaltung mit Heilung nach Bottini, von Bransford Lewis ... 347

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Über die Hämaturie infolge von Schwangerschaft, von Umberto Chiaventone 21
Primäres Plattenepithelcarcinom der Nierenkelche und Metaplasie des Schleimhautepithels der Nierenkelche, des Nierenbeckens und des Ureters, von Kichenski 23
Drei Fälle von hysterischer Hämaturie, von Guisy ... 181
Über das Vorkommen von grünem oder blauem Urin und dessen häufigste Ursache, von F. P. Weber ... 317
Blauer Urin, von J. Gooe ... 317
Über die Albuminurie nach kalten Bädern, von Rem-Picci ... 318
„Cyklische" Albuminurie und neue Gesichtspunkte für die Bekämpfung von Albuminurien, von Paul Edel ... 318
Zur Verteilung der Eiweifsschlacken im Harn, von G. Ascoli und F. de Grazia 319
Albuminurie nach Urotropin, von A. Griffith ... 319
Hämaturie nach Urotropin, von Milligan ... 319
Hämaturie nach Urotropingaben, von W. L. Brown ... 320
Hämatoporphyrinurie mit letalem Ausgange, von H. Waldo ... 320
Beiträge zur Ätiologie, Diagnose und Therapie der Bakteriurie, von Wilhelm Buttermilch ... 320
Die essentielle paroxysmale Hämoglobinurie, von Muls ... 320
Über einseitige renale Hämaturie, bedingt durch Telangiektasien des Nierenbeckens, von Suter ... 339
Ureterenkatheterismus beim Manne. Ein neues Harnleiter-Cystoskop, von Bransford Lewis ... 343

Seite

Topographie des Harnleiters, von Byron Robinson ... 348
Über einen Fall von Cystinurie mit Diaminurie, von A. H. Schölberg und A. E. Garrod ... 350
Ein Fall von Cystinurie, bei dem Cadaverin im Urin nachgewiesen wurde, von P. J. Cammidge ... 350
Zum Nachweis von Quecksilber im Harn, von Bardach ... 350
Über den Nachweis von Zucker im Harn, von A. Cipollina ... 351
Beobachtungen und Versuche bei chronischer Pentosurie, von M. Biel und F. Blumenthal ... 351
Über chronische Pentosurie, von Fritz Meyer ... 351
Bemerkung über einen Fall von Fibrinurie mit Albuminurie ohne Hämaturie, von Léon Imbert und O. Blaufus ... 409

e. Labien, Vagina etc.

Über einen Fall von tuberkulösem Geschwür der Vulva und Vagina, von Secchi 183
Stenose der Vagina, von Rille ... 301
Kraurosis vulvae, von L. A. Ewald ... 351
Leukoma oder Leukoplakie der Vulva und Krebs, von H. T. Butlin ... 352
Divertikel der Urethra des Weibes, von Köster ... 352
Der Geschlechtstrieb beim Weibe, von Havelock Ellis ... 508
Fibrom im Labium majus, von W. Merkel ... 633

f. Blennorrhoe und Komplikationen.

Zur Klärung des Rheumatismus blennorrhoicus, von Schuster ... 79
Akute primäre Streptokokken-Urethritis, von B. Goldberg ... 84
Zur Dreigläserprobe, von Dreyer ... 171
Über die Mängel der am meisten üblichen Behandlung der akuten und zur Prophylaxe der chronischen Blennorrhoe, von S. Behrmann ... 171
Über die Mängel der am meisten üblichen Behandlung der akuten und zur Prophylaxe der chronischen Blennorrhoe, von S. Behrmann ... 172
Beobachtungen über die Diagnose und Behandlung der akuten Blennorrhoe mit besonderer Berücksichtigung der Protargoltherapie, von A. L. Wolbarst ... 176
Die blennorrhoische Harnröhrenstriktur beim Weibe, von Léon Imbert und Paul Loubeyran ... 180
Myositis gonorrhoica, von Heller ... 252
Cavernitis nach Tripper, von Rille ... 301
Weitere Bemerkungen zur Frage der Blennorrhoeheilung, von L. Leven ... 341
Die Komplikationen und Folge der spezifischen Urethritis beim Manne, von J. W. Handly ... 343
Klinische Bemerkungen über chronischen Tripper, von A. Ravogli ... 344
Neue Behandlung der Leukorrhoe und der Vaginitis blennorrhoica, von Ph. Chapelle 345
Vergleichende Behandlung des Trippers, von L. Midy ... 348
Symposium über Blennorrhoe ... 352
Über Allgemeininfektion bei Blennorrhoe, von A. H. Ward ... 353
Die blennorrhoische Neuritis und ihre Beziehungen zur blennorrhoischen Myositis und Arthritis, von R. Kienböck ... 353
Ein Fall von multipler Neuritis blennorrhoischen Ursprungs, von Kankarowitsch 353
Über die Ätiologie der Augenentzündung bei Neugeborenen, von Fritz Schanz 354
Blennorrhoische Iritis, von J. Griffith ... 354
Blennorrhoischer Abscefs im subcutanen Gewebe des Präputiums, von Alex. Renault 354
Zur Behandlung des blennorrhoischen Rheumatismus mit dem galvanischen Strom, von L. Delherme ... 355
Über die moderne Therapie der Blennorrhoe des Mannes, von W. Scholtz ... 355
Ascendierende Blennorrhoe beim Weibe, von Thorn ... 355
Die Behandlung der akuten Blennorrhoe, von L. Broter ... 356
Die lokale Behandlung der Blennorrhoe, von E. O. Bardwell ... 356
Zur Protargolbehandlung der Blennorrhoe, von Jesionek ... 356
Über den Wert und die Anwendungsweise des Protargols bei der Bekämpfung der Blennorrhoe, von J. Plato ... 357
Die Gonokokkämie, von G. Barbiani ... 441
Klinische Notiz über einen Fall von multiplen blennorrhoischen Abscessen der weiblichen Genitalien im Verlaufe einer subakuten blennorrhoischen Vulvo-Urethritis, von Gravagna ... 442

Seite

Das Airol in der Therapie der Blennorrhoe, von C. Vignolo-Lutati und P. Benassi ... 442
Die Prophylaxe des Trippers, von M. von Zeissl ... 509
Tripperrheumatismus, Lymphangitis beider Vorder- und Oberarme, von Lesser. 579
Beiträge zur Kasuistik seltener blennorrhoischer Erkrankungen, von Julius Heller 623
Über das Vorkommen des Bacterium coli commune bei postblennorrhoischer Urethritis, von Reinhold Ledermann ... 624
Praktische Methode der Prophylaxis des Trippers, von Claudio Fermi ... 625
Über Pyelitis und Pyelonephritis auf Grund von Blennorrhoe, von Bernhard Marcuse ... 628
Die eitrigen blennorrhoischen Nebenhodenentzündungen, von Laurent ... 630
Klinische Beiträge zur paraurethralen und präputialen Blennorrhoe, von J. Neuberger ... 633

Verschiedenes.

Geschlechtskrankheiten und Krankenkassen, von A. Neisser ... 60
Familiäre Dermatophobie, von W. Dubreuilh und Maillard ... 108
Vorlesungen über die sozialen Aussichten der Dermatologie, von Malcolm Morris 108
Biopsie — die histologische Diagnose von Dermatosen und Hauttumoren zweifelhaften Charakters von Darier ... 111
Zur dermatologischen Diagnostik, von Oskar Liebreich, E. Lesser und R. Ledermann ... 160
Aus dem preußischen Staatshaushaltsetat für 1902 ... 160
Internationaler dermatologischer Kongreß in Berlin ... 212
74. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Karlsbad, 22.—28. September 1902 ... 268
Einige Bemerkungen über die Wiedergewinnung von Quecksilber aus tierischem Gewebe, von S. Mc. D. Stanton ... 268
Zur Asepsis der Subcutanspritzen von Dreyer ... 308
Die Deutsche Gesellschaft für Volksbäder ... 320
Ein Dermoidcystenpartikelchen (Haare) hustender Säugling, von B. Medvei ... 357
Die Krankenpflege, von M. Mendelsohn ... 358
Dermatoplastische Mitteilungen, von Rudolf Brauchbar ... 358
Arsenik im Haare von Beri-Beri-Kranken, von R. Ross ... 421
Ein Instrument zur chirurgischen Naht, von Leopold Freund ... 421
Dr. Unnas Dermatologische Preisaufgabe für 1902 ... 422
Über die Thätigkeit an der dermatologischen Klinik zu Budapest im Jahre 1898. Dermato-therapeutische Notizen, von Josef Sellei ... 477
Das Nottebohmsche Hospital für Hautkranke, von P. François ... 477
Die Hauptversammlung der deutschen Gesellschaft für Volksbäder ... 542
Dermatologische Gesellschaft von Großbritannien und Irland ... 542
Zur Anwendung der plastischen Rekonstruktionsmethode in der pathologischen Anatomie, von Walther Petersen ... 598
Die Mücken von Paris, von Raphael Blanchard ... 598

Sachverzeichnis ... 651
Namenverzeichnis ... 667

Verzeichnis der Tafeln.

Zu S.

Tafel I. Ein Fall von Dystrophie papillaire et pigmentaire (Acanthosis nigricans), von Pawlof ... 269
Tafel II u. III. Die Plasmazellen, von J. M. Himmel ... 543

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXXIV. No. 1. 1. Januar 1902.

BOSTON MEDICAL LIBRARY OCT 27 1902

Fall von Keratoma palmare et plantare hereditarium.

Von

Prof. Dr. R. Bergh,
Vestre-Hospital von Kopenhagen.

Unter der Benennung Ichthyosis palmaris et plantaris cornea ist diese Affektion mit Sicherheit zum ersten Male von Thost in einer 1880 unter den Auspizien Friedreichs erschienenen Heidelberger Inaugural-Dissertation beschrieben. Thost konnte das Leiden als erblich durch vier Generationen verfolgen, bei 17 von in allem 46 Individuen. Ein paar Jahre später veröffentlichte Unna[1] zwei ähnliche Fälle; bei einer Familie liefs sich die Erblichkeit durch drei Generationen nachweisen, bei 8 von in allem 24 Individuen; der andere Fal' betrifft eine Mutter mit drei Kindern. Mit seiner gewöhnlichen tiefgehenden litterarischen Kenntnis und seiner eindringenden Untersuchungskunst handelte Unna die pathologische Natur des Leidens ab.

Eine geringe Anzahl von Fällen dieser Art ist später bekannt geworden durch Mitteilungen von Date (1887), Brooke (1889), Besnier (1889), Bassaget (1894), Heuss (1896), Raff (1896), Is. Neumann (1898), Pendred (1898) und spätestens (1901) durch Vörner,[2] bei dem sich die hierher gehörende Litteratur näher erörtert findet. Noch später ist diese Abnormität in einer Bordeleser Thèse von Guélain abgehandelt worden. Endlich kommt hierzu noch die untenstehende Mitteilung, die kein anderes Interesse hat oder liefert als das ganz oberflächliche, welches an der blofsen Beschreibung des neuen Fundes eines Falles von einem noch etwas selten erwähnten Leiden kleben kann.

Andrea K. M. H., geb. R., 22 Jahre alt, verlassene Frau, die nie geboren hatte, wurde am 24. September 1901 in das Vestre-Hospital von

[1] Unna, Über das Keratoma palmare et plantare hereditarium. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1888. X. S. 231—270. Taf. VII.

[2] Vörner, Zur Kenntnis des Keratoma hereditarium palmare et plantare. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1901. LVI, 1. S. 1—31. Taf. I—IV.

Kopenhagen mit Urethritis, cervikaler Gonorrhoe und Kondylomen aufgenommen. Sie ist von gesunder Familie, ist fast nie krank gewesen, ist regelmäfsig menstruiert; sie ist eine mittelgrofse (ca. 155 cm), ganz gut genährte (Gew. 47 kg) Blondine, Kunstreiterin. Ihr Hautleiden soll schon in der ersten oder zweiten Woche nach der Geburt bemerkt sein und soll sich seitdem durch den Lauf der Jahre wesentlich unverändert erhalten haben; ein zusammenhängendes Abstofsen von Oberhaut der Hand- oder Fufsflächen soll nie stattgefunden haben. Von den Händen und Füfsen abgesehen ist ihr Hautsystem mit samt seinen Funktionen sonst gesund; es findet sich keine Andeutung von Xerodermie, Ichthyose, Seborrhoe oder Lichen pilaris; die Haut der Ellenbogen und der Knie ist auch normal; Hyperpigmentierungen kommen nirgends vor; die Haarbekleidung ist normal und am Haarboden keine abnorme Abschälung, nirgends Hypertrichosis; das Gebifs ist normal. Der Zustand hat nie die Patientin wesentlich belästigt und ist somit nie behandelt.

Der Vater ist ein gesunder und kräftiger, jetzt 62jähriger Schreinermeister. Er hat, nach Angaben seiner Eltern, von der Geburt ab ganz dasselbe Leiden der Hand- und Fufsflächen wie die hiesige Tochter. Sein Hautsystem mit samt der Haarbekleidung und dem Gebifs ist wie bei ihr normal. An Handschwitzen soll er nie gelitten haben, dagegen und bis zu etwa seinem 50. Jahre an starkem und genierendem Fufsschwitzen. Seine Eltern und Grofseltern sollen keine ähnliche Affektion gehabt haben. Von seinen acht Kindern, von welchen sieben männlichen Geschlechts waren, hatte ein Knabe, der zwei Jahre alt starb, sowie das einzige, das hier zu besprechende, Mädchen ganz dasselbe Keratoma palmare et plantare wie der Vater; bei den andern Kindern findet sich keine Spur von solchem. Der Vater meint mit der „Glückshaube" geboren zu sein; dasselbe soll mit dem gestorbenen Knaben sowie mit dem Mädchen der Fall gewesen zu sein; dieses Zusammentreffen stellt er selbstfolglich in ursächliche Verbindung mit dem gemeinschaftlichen Leiden.

Die genannte in das Spital aufgenommene Patientin zeigt die beiden Handflächen sowie die Unterseite aller Finger bis zum Anfang ihres letzten Gliedes vollständig und symmetrisch ganz in derselben Weise affiziert. Sie zeigen eine bedeutende, schmutzig (gelblich-) graue Verdickung der Hornschicht der Oberhaut, die nach oben bis an die Handbeuge reicht, nach vorne bis an die Furche zwischen letztem und vorletztem Gliede der Finger; dieses letzte Glied ist gleichsam ein wenig atrophiert, etwas verschmächtigt und zugespitzt, die Haut desselben ist aber sonst ganz normal. Die Nägel sind normal. Die Verdickung der Hornschicht reicht bis an die Ränder der Hände mit samt ihren Fingern, nie über diese und an die obere Seite hinauf, und ist gegen diese scharf abgesetzt; die Randpartie der Rückenseite zeigt sich (schon wegen des farbigen Gegensatzes) etwas röter. Die Verdickung macht den Eindruck von weichem Sohlleder, ihre Oberfläche ist nur hier und da ein wenig uneben; die gewöhnlichen Furchen sind etwas zahlreicher und tiefer als

gewöhnlich, haben aber nie Geneigtheit zu Berstung und zu wesentlicher Blutung gezeigt, selbst nicht bei recht unsanfter Behandlung. Die Verdickung ist im ganzen ein wenig stärker an der rechten als an der linken Hand. — Die Schweifsverhältnisse der Patientin scheinen normal, und sie hat nie wesentlichen Handschweifs, auch nicht bei stärkerer Anstrengung, auch nie Jucken der Hände bemerkt. Bei oberflächlicher Untersuchung und ihrer eigenen Meinung nach ist ihr taktiles Hautgefühl an den Handflächen unbeschädigt. Die Untersuchung mit dem (Sievekingschen) Ästhesiometer zeigt aber die Schärfe dieser Funktion bedeutend herabgesetzt. An der zweiten Phalanx werden die zwei Spitzen des Zirkels als solche erst in einem Abstande von 2 cm aufgefafst, an der Mitte der Hohlhand erst bei einem Abstande von 3 cm. Auch das Gefühl für Temperaturverschiedenheiten und für ungleichen Druck ist geschwächt. Die Beweglichkeit der Hände und ihrer Finger hat kaum gelitten. Im ganzen meint die Patientin kein wesentliches Unbehagen oder Hinderung von ihrem Leiden zu haben.

Die Fufssohlen zeigen sich ganz in derselben Weise wie die Handflächen leidend und zwar beide in derselben Ausdehnung und in ähnlichem Grade. Die Verdickung beginnt an der oberen Grenze der Ferse, die sie wie eine Kapuze umfafst, erstreckt sich vorwärts über die ganze Fufssohle, deren Ränder sie ein wenig überschreitet, weiter vorne deckt sie die ganze Unterseite des Daumens und die Fibularseite der Kleinzehe, sowie den angrenzenden Teil ihrer Unterseite; sie hält an bei der Übergangsfurche vom Mittelfufse an die drei mittleren Zehen und tritt nicht zwischen den Zehen hinein. Die Zehen sind von normaler Gröfse und die Nägel kaum abnorm. Die Verdickung ist stärker als in den Handflächen, besonders vorne und hinten, ganz besonders stark am Daumenballen, 2—3 mm dick, hier fast an Nashornhaut erinnernd; die Verdickung zeigt stärkere und mehr unregelmäfsige, zum Teil rhagadenähnliche Furchen und Berstungen, die nicht allein quergehend sind, sondern mitunter sich auch rechtwinkelig kreuzen. Die Oberfläche ist sonst eben, nicht abschälend; die Farbe ist mehr schmutzig als in den Handflächen; die Rhagaden zeigen selbst bei starken Fufsbewegungen nur geringe Geneigtheit zur Blutung. An beiden Füfsen fällt die Verdickung schroff gegen die normale Haut des Fufsrückens ab, die ein starkes, etwa 1 cm breites, rotes Gebräm längs des Randes des Keratoms zeigt. An der Rückenseite des Grundgliedes der vierten und fünften Zehe kommt eine leichte epidermidale Verdickung (anfangende Clavusbildung) vor. — Der Fufsschweifs ist reichlich, besonders bei Überanstrengung der Füfse, (wegen der häufigen Fufsbäder) aber nie stinkend. Die Beweglichkeit der Füfse und der Zehen soll gar nicht beschränkt sein. Das taktile Gefühl scheint stark herabgesetzt; am Übergange vom Mittelfufs zum Daumen

werden die zwei Zirkelspitzen als solche erst bei einem Abstande von fast 6 cm aufgefafst, und dasselbe Verhältnis zeigte sich an der Hinterseite der Ferse. Auch die Schärfe des Auffassungsvermögens von Wärme- und Druckverschiedenheiten war stark geschwächt.

Zum Gebiete dieses Leidens gehört wahrscheinlich die durch wenigstens ein Jahrhundert durch stetige Vererbung endemisch gewordene Krankheit auf der Dalmatiner-Insel Melada. Dieselbe ist als eine Lepraform gedeutet worden, trotzdem dafs sie schon lange vorher von FUCHS[3] in die grofse Gruppe der Ichthyosen eingeordnet worden war. Die neuere Untersuchung von Is. NEUMANN[4] scheint jetzt festgestellt zu haben, dafs es sich um hereditäre Keratome handelt.

Eine Abbildung des Falles ist nicht beigegeben. Innerhalb der Dermatologie, besonders in den deshalb meistens auch teuren dermatologischen Zeitschriften waltet eine grofse Verschwendung und Luxus in Bezug auf Illustrationen, die recht oft schon früher hinlänglich bekannte Verhältnisse wiederholen oder für das Verständnis des Textes ganz überflüssig sind. Die allgemeinen sich fast stereotyp wiederholenden Formverhältnisse des hier besprochenen Leidens sind schon hinlänglich festgestellt durch die vortrefflichen Abbildungen von HEUSS, NEUMANN, VÖRNER und durch die schönen Reproduktionen der Abgüsse des St. Louis-Museums.[5]

Ebensowenig ist hier eine „Biopsie" vorgenommen. Teilweise weil die strukturellen, nicht sehr zusammengesetzten Verhältnisse schon, wenigstens vorläufig, hinlänglich durch THOST, UNNA, NEUMANN, VÖRNER und BESNIER erläutert sind. Dann ist es bei uns noch nicht Sitte, wie in einigen unserer Nachbarländer, die Patienten als Versuchsobjekte zu betrachten, somit denselben Schmerzen und Unbehagen zuzufügen, ohne dafs solches in ihrem eigenen Interesse geschieht; Wissenschaft mufs ja dabei oft den Vorwand abgeben.

---

[3] FUCHS, Die krankhaften Veränderungen der Haut. 1840. S. 699.

[4] Is. NEUMANN, Über Keratoma hereditarium. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1898. XLII. S. 163—174. Taf. IX—XVII.

[5] HEUSS, Keratoma palmare et plantare hereditarium. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1896. XXII, 1. S. (405—408) 406. — Is. NEUMANN, l. c. 1898. Taf. IX—XII. — H. VÖRNER, Zur Kenntnis des Keratoma hereditarium palmare et plantare. l. c. 1901. LVI, 1. Taf. I—II. — La pratique dermatologique. 1901. II. (S. 927—936.) Fig. 160 bis 162.

Nachträgliches zur Plasmazellenfrage.

Von

Dr. A. Pappenheim.

In letzter Zeit hatte ich mich, wie ich glaube, in ziemlich erschöpfender Weise über meinen Standpunkt zur Frage der Plasmazellen ausgelassen. Mein erster kritischer Artikel war bereits im September d. J. im Bd. 165 von *Virchows Archiv* erschienen; seine histologische Fortsetzung hat soeben im Dezemberheft derselben Zeitschrift die Presse verlassen. Ein kurzes Autoreferat über den Inhalt beider Teile habe ich in seinen wesentlichsten Punkten in dem September-Festheft für die diesjährige Hamburger Naturforscherversammlung der *Monatsh. f. prakt. Derm.*, Bd. XXXII veröffentlicht und vor der Pathologischen Sektion dieser Versammlung meine bezüglichen mikroskopischen Präparate demonstriert.

Bevor der Schluſs meiner ausführlichen Abhandlung erschienen war, kam aus der Josephschen Poliklinik für Hautkrankheiten zu Berlin ein Artikel von J. Almquist in Bd. LVIII des *Arch. f. Derm. u. Syphil.* „Beiträge zur Kenntnis der Plasmazellen, insbesondere beim Lupus" heraus, der mir, da er meine bezüglichen Arbeiten ignoriert, erwünschte Veranlassung zur Anknüpfung einiger Bemerkungen giebt.

Zuerst war derselbe in formaler Hinsicht sehr erquickend insofern, als er fast mit denselben Worten wie ich dies that, gegen Marschalkó Front macht, beispielsweise das Recht der Benennung seiner Plasmazellen allein Unna zuerkennt u. s. w. Immerhin endlich ein erfreuliches Symptom, nachdem solange Unnas Verdienste durch den Brustton der Marschalkó-Neisserschen Streitschrift erdrückt zu sein schienen, wie denn ja auch die bisherigen Nacharbeiter Krompecher, Justi u. s. w. sich durchaus in Sinn und Tonart der zur Herrschaft gelangten Richtung äuſserten.

Was den Inhalt der Almquistschen Arbeit anbetrifft, die, wie der Autor angiebt, von Herrn Kollegen Dr. Leonor Michaelis, der im September ebenfalls in Hamburg weilte, durch „viele Winke" gefördert worden war, so scheint auf den ersten Blick das Resultat ganz das gleiche zu sein, wie ich es erhalten habe. Auch ich bin nämlich zu dem Ergebnis gelangt, daſs die groſsen Lymphocyten, die Marschalkó als Plasmazellen anspricht auſserordentlich ähnlich aber doch nicht identisch sind mit den histiogenen Unnaschen Plasmazellen, so daſs man also zwei koordinierte Reihen anzunehmen hat, Lymphocyten und

Plasmazellen. Ebenso werden nun auch hier die „UNNAschen Plasmazellen“ als Gebilde histiogener Abkunft anerkannt,[1] und theoretisch scharf (mit Hilfe von Färbungsmethoden) getrennt von gewissen ihnen äufserst ähnlichen grofsen Elementen, den typischen „MARSCHALKÓschen Plasmazellen“, die als Lymphocyten, bezw. Derivate von solchen gedeutet werden. Auch ALMQUIST stützt sich, ebenso wie ich es that, dabei auf die bedeutsamen Befunde MARCHANDS, die die Möglichkeit der Entstehung lymphocytoider Elemente aus Bindegewebszellen (Klasmatocyten) zulassen. Geht man nun aber der Sache auf den Grund, so bin ich zu meinem Bedauern genötigt, eine Unterstützung meiner Anschauungen hergeleitet etwa aus der JOSEPH-ALMQUIST-MICHAELISschen Arbeit durchaus ablehnen zu müssen.

Jeden der sich mit Plasmazellen intensiv beschäftigt und dieselben nicht etwa nur bei der Tuberkulose (wie ALMQUIST) studiert hat, mufs die von ALMQUIST gezeitigte neue Lehre der Differenz UNNAscher und MARSCHALKÓscher Plasmazellen mindestens naiv anmuten, falls man nicht annehmen will, dafs Herrn ALMQUIST am Ende ein Mifsverständnis nach irgend einer Richtung hin bewogen hat, die Trennung histiogener und hämatogener Rundzellen auf jeden Fall auch für seine Befunde in irgend einer Form aufzugreifen.

Was nämlich die Anschauungen ALMQUISTs fundamental von den meinen trennt, ist das, dafs ich die histiogenen Plasmazellen des Granulationsgewebes unterscheide von den parenchymatösen Rundzellen des retikulären Gewebes, und in Abrede stelle, dafs letztere irgendwie durch Auswanderung aus den Gefäfsen in das Granulationsgewebe hineingelangen und dasselbe auf diese Weise aufbauen können. Für mich besteht das Granulationsgewebe lediglich aus histiogenen Plasmazellen. ALMQUIST aber kennt auch im Granulationsgewebe typische kleine Lymphocyten und aus diesen hervorgehende grofse lymphocytische MARSCHALKÓ-Zellen. Der Befund ist keineswegs zu bestreiten und ja auch nicht neu; die Deutung dieser Zellen aber im Gegensatz zu den UNNAschen als lymphogener Elemente erscheint mir durchaus willkürlich, aus denselben Gründen irrig, die ich schon gegen MARSCHALKÓ geltend gemacht habe. Im Granulationsgewebe giebt es für mich keine Lymphocyten; die lymphocytoiden Elemente desselben sind samt und sonders histiogene Plasmazellen. Im Granulationsgewebe lassen sich somit auch auf keine Weise lymphocytische Elemente als solche von histiogenen absondern. Die morphologischen und tinktoriellen Unterschiede, die ALMQUIST an-

[1] Besonders glücklich ist der Hinweis, dafs man die postulierten Zwischenformen zwischen Bindegewebszellen und Plasmazellen und zwar die Übergänge von Bindegewebszelle zu Plasmazelle mit Sicherheit stets bei den eben neu gebildeten Rundzellen des Lupusknötchens, also bei den jüngsten Zellen der Peripherie zu erwarten hat.

giebt, sind durchaus anzuerkennen, aber sie betreffen nicht ungleichwertige Elemente verschiedener Abkunft, sondern genealogisch zusammengehörige Dinge. Die rundlichen Zellen mit exzentrischem Radkern und schwach ausgebildetem Granoplasma im voluminösen Zellleib sind ebenso histiogene Plasmazellen wie die kubisch polygonalen oft mit Fortsätzen versehenen zottigen granoplasmareichen Gebilde mit zentralem blafsfärbbaren Kern. Zwischen beiden bestehen nicht prinzipielle, sondern nur graduelle Unterschiede; letztere nämlich (nach ALMQUIST histiogene Plasmazellen UNNAS) gehen gradatim in erstere (hämatogene Plasmazellen MARSCHALKÓS) über. Jedem, der sich mit Plasmazellen eingehend beschäftigt hat, ist das durchaus geläufig, und wenn ALMQUIST ein gleichzeitiges Nebeneinandervorkommen beider Zellformationen leugnet, so entspricht das eben nicht den Thatsachen. Es wäre ja doch pathogenetisch höchst merkwürdig und für jeden denkfähigen Pathologen unverständlich, wenn der Tuberkelbacillus in einem Fall (diffuser Lupus) lediglich Lymphocytenanhäufung, im anderen Fall (zirkumskripter Lupus) nur Bindegewebsproliferation erzeugen sollte. Wie die verschiedenen Formen der akuten Entzündung und Eiterung nicht scharf zu trennen sind von den Formen der chronischen Entzündung und Gewebsproliferation, so bietet auch der letztere allein je nach den herrschenden Bedingungen mannigfache morphologische Varietäten dar. Nein, da hat UNNA die verschiedenen Formen der Tuberkel- und Lupusknötchen bereits doch wohl viel besser und glücklicher erklärt. Bei starker Virulenz und ungehinderter schrankenloser Proliferation des Gewebes entsteht der säftereiche succulente diffuse Lupus, der vorwiegend aus lymphocytenähnlichen Elementen, besonders kleinen Plasmatochterzellen zu bestehen scheint. Bei geringerer Virulenz oder unter Seitendruck entsteht das zirkumskripte, Riesenzellen enthaltende unkanalisierte trockene Knötchen, das vorwiegend aus gröfseren granoplasmareichen Mutterzellen besteht. Übergänge zwischen beiden kommen aber vor, und Übergangsbilder zwischen den beiden Zellformen findet man besonders (abgesehen natürlich von den hier nichts beweisenden Lymphdrüsenerkrankungen) bei Wundgranulationen, bei denen die Eiterung sistiert und die definitive Heilung einsetzt. Hier findet man besonders MARSCHALKÓsche Zellen mit reichlichem krümligen Granoplasma.

Ich habe die Abbildungen ALMQUISTS den Herren Dres. UNNA und DELBANCO, die doch wohl auch einige Erfahrungen über Plasmazellen besitzen, vorgelegt, und sie haben übereinstimmend auch die Zellen auf der zweiten Tafel (VIII) (MARSCHALKÓS Zellen) als typische (histiogene) Plasmazellen erklärt.

Was nämlich ALMQUIST nicht gewufst zu haben scheint ist das, dafs auch die Plasmazelle mannigfache morphologische Erscheinungsformen je nach den jeweiligen Lebensbedingungen darbietet, wie dieses UNNA ja

ausführlich in seiner Histopathologie expliziert hat. Hierzu möchte ich noch kurz einige Bemerkungen machen.

Man mufs erstens die normale Plasmazelle von der pathologisch degenerierten unterscheiden, und da ist zu bemerken, dafs die Dinge ganz anders liegen als z. B. KROMPECHER meint. KROMPECHER hält die typische MARSCHALKÓsche Zelle für den Mafsstab der normalen Plasmazelle und die UNNAsche Zelle ALMQUISTs für degeneriert. Demgegenüber ist zu bemerken, dafs die UNNAsche Zelle kein Degenerationsprodukt, sondern der Typus der wohlausgebildeten histiogenen Zelle eines trockenen, saftarmen Gewebes ist. Man findet diese kubischen dicht gedrängten facettierten etwas unregelmäfsigen granoplasmareichen Gebilde (UNNAS Zellen nach ALMQUIST) besonders schön in der Umgebung von Kankroiden. Sie ist die Grundform der Plasmazelle und umgekehrt entsteht aus ihr erst die runde, schön geformte, weniger Granoplasma haltige Zelle MARSCHALKÓS mit dem exzentrischen Kern und mächtigem Cytoplasma. Sie kommt zur Bildung überall dort, wo das Gewebe stark vaskularisiert ist, besonders also in Schleimhäuten. Sie ist also noch ein durchaus normal gebildetes Produkt, das aber schon auf der Grenze der morphologischen Degeneration steht, insofern als bei stärkerer Saftaufnahme noch stärkere Hypertrophie des Cytoplasma, Quellung und totale Auslaugung des krümelig scholligen Granoplasma eintritt (Milzbrand).

Wie der Chromatolyse der Kerne eine Chromatorhexis gegenüber steht, so auch der eben geschilderte Granolyse entsprechend eine Granorhexis, eine Abbröckelung des scholligen Granoplasma aus den nicht hypertrophischen granoplasmareichen kubischen und zottigen (UNNAschen) Zellen, z. B. bei Lupus erythematosus, die dann von einer extracellularen Zusammenschmelzung (Granotexis) gefolgt ist (Typhus, Roseola, Variola etc.)

Neben diesen beiden Typen der UNNAschen Zelle des trockenen Gewebes und der MARSCHALKÓschen Zelle des durch Säftereichtum aufgeschwemmten Gewebes ist eine Zellform zu nennen, die ALMQUIST auf Tafel VII, Fig. 2, unter Gruppe I abbildet, und durchaus in Übereinstimmung mit UNNA als Plasmatochterzellen bezeichnet. Es sind dieses Zellen mit relativ grofsem Kern und ganz schmalem Cytoplasma. Solche Zellen finden sich nach meinen Erfahrungen sowohl in Schleimhäuten wie auch in der trockenen Cutis, d. h. der Habitus kommt sowohl bei UNNAschen granoplasmareichen wie MARSCHALKÓschen granoplasmaarmen Zellen vor. UNNA erklärt solche Gebilde für Tochterzellen, entstanden aus grofsen Mutterzellen auf degenerativem Wege durch Granoplasmaabbröckelung (Granorhexis). Im Gegensatze zu UNNA halte ich diese Zellen für Vorstufen der cytoplasmareicheren Gebilde mit den excentrischen Kernen, also für junge Plasmamutterzellen, die zu den

ausgebildeten typischen grofsen Zellen sekundär cytogenetisch durch Alterung heranwachsen.

Schliefslich sind noch die kleinen Lymphocyten des Granulationsgewebes zu vermerken, von denen PINKUS, BENDA u. a. sprechen. Diese Gebilde (ALMQUIST Taf. VIII, Fig. 4 *l*) sind für mich die eigentlichen Plasmatochterzellen, entstanden auf progressiv physiologischem Wege aus den Mutterzellen durch Teilung. Im trockenen Gewebe führen sie Granoplasma, im feuchten ist solches nicht mehr nachweisbar. Sie haben meist nur ein schmales Cytoplasma, doch kommen auch solche mit etwas breiterem Zellleib vor.

Nach alledem bringt die ALMQUISTsche Arbeit selbst in kasuistischer Hinsicht nichts Neues, in theoretischer ist sie nur eine zweite aber nicht verbesserte Auflage der von JOANNOVICS vertretenen dualistischen Lehre, nach der am Aufbau von Granulationsgewebe sowohl histiogene Elemente wie ausgewanderte Blutelemente partizipieren. Während aber JOANNOVICS zu dem Schlufs kommt, dafs dieselbe Plasmazelle sowohl aus uninukleären Leukocyten wie aus fixen Stromazellen hervorgeht, zerlegt ALMQUIST ungerechtfertigterweise den einheitlichen Gattungstypus der Plasmazelle auf Grund des rein äufserlich etwas abweichenden morphologisch-tinktoriellen Habitus in zwei prinzipiell differente Zellarten, deren eine lymphocytäre, deren andere histiogene Natur haben soll.

Da in einigen wissenschaftlichen Dermatologenkreisen, wie der Fall ALMQUIST beweist, *Virchows Archiv* nicht eingesehen zu werden scheint, so möchte ich mir zum Schlusse im Interesse der Sache erlauben, um ähnlichen Verstöfsen gegen die historische Treue vorzubeugen und es anderen Mitgliedern des genannten Dermatologenkreises bequem zu machen, hier nochmals den Gang meiner dort entwickelten Deduktionen kurz zu repetieren.

1. Meines Erachtens nach haben neben den typischen grofsen Plasmazellen auch die kleinen Plasmatochterzellen UNNAS ihre eigene genealogische Daseinsberechtigung.

2. Ebenso ist im Auge zu behalten, dafs aufser den kleinen typischen Lymphocyten auch noch, worauf besonders EHRLICH hingewiesen hat, die grofsen Lymphocyten existieren.

3. Ich habe mittels der Methylgrün-Pyroninmethode bestätigt, dafs sich Plasmazellen und Lymphocyten im wesentlichen morphologisch und tinktoriell gleich verhalten, im einzelnen aber festgestellt, dafs zwar ganz allgemein Plasmazellen tinktorielle Lymphocytenreaktion geben, dafs aber nur die grofsen Lymphocyten ebenso wie die grofsen Plasmazellen Granoplasma führen, während sich kleine Plasmatochterzellen völlig isomorph

allein den kleinen Lymphocyten verhalten, d. h. wie diese granoplasmafrei sind.

3a. Demnach sind die grofsen Plasmazellen, die v. MARSCHALKÓ in normalen lymphoiden Organen fand, als grofse Lymphocyten aufzufassen.

4. Nach EHRLICH finden sich im normalen Blut nur kleine, keine grofsen Lymphocyten.

5. Weder die kleinen Lymphocyten des normalen noch die grofsen des pathologischen Blutes sind nach EHRLICH emigrationsfähig.

6. In den lymphoiden Organen differenzieren sich nach FLEMMING die grofsen Lymphocyten durch fortgesetzte mitotische Proliferation zu kleinen Lymphocyten.

4a.—6a. Daraus folgt:

Dafs die lymphocytoiden Elemente des pathologischen Granulationsgewebes weder bei normalem noch bei pathologischem Blute emigriert sein können, wie dies v. BAUMGARTEN annimmt, zumal sie sich auch, ähnlich wie im MALPIGHIschen Körperchen, oft in der Umgebung von Arterien finden, aus denen Emigration nie statthaben kann und ferner bei normalem Blut das Granulationsgewebe oft nur aus grofsen lymphocytoiden Plasmazellen besteht. Daraus folgt ferner, dafs auch im gereizten Bindegewebe, wie Mitosen zeigen, die kleinen lymphocytoiden Elemente aus den grofsen durch Granulation hervorgehen und nicht letztere aus ersteren heranwachsen, wie solches v. MARSCHALKÓ, der auf dem Boden der BAUMGARTENschen Lehre steht, annehmen mufs.

Es könnte nun aber weiter das Granulationsgewebe, wennschon nicht aus ausgewanderten Blutlymphocyten bestehen, so doch eine retikuläre (adenoide, lymphoide) Organisation aus präformierten Lymphocyten bilden (RIBBERT). Dagegen spricht, dafs

7. im normalen Lymphknoten die grofsen endotheloiden Lymphocyten (Lymphogonien) mit den bläschenförmigen, blafsgefärbten grofsen Kernen das Keimcentrum, die kleinen, reifen Lymphocyten aber die Peripherie bilden, während im Granulationsgewebe die Plasmamutterzellen (Metrocyten) an der Peripherie gegen das normale (reagierende) Gewebe hin gefunden werden.

Nach alledem bleibt nur übrig anzunehmen

8. dafs die einkernigen lymphocytoiden Rundzellen des Granulationsgewebes, die grofsen wie die kleinen Plasmazellen histiogener Abkunft sind, wie dieses auch Zwischenformen und Übergangsbilder höchst wahrscheinlich machen, insbesondere

8a. dafs die im pathologischerweise gebildeten Granulationsgewebe sich findenden kleinen Lymphocyten als histiogene Plasmatochterzellen anzusprechen sind.

9. Die pathologischen Granulome sind also ebenso wie die präformierten normalen Lymphome extravasale Bildungen. Sie bestehen nicht aus hämatogenen sondern histiogenen Elementen und stoßen vielmehr umgekehrt, ebenso wie die Lymphome, u. U. Elemente ins Blut ab. Sie sind nicht passive Blutdepots und Infiltrate, sondern reaktive Neoplasmen seitens des gereizten Gewebes. Während bei Reizungen aus dem Blut multinukleäre, neutrophile Zellen auswandern, sind die uninukleären, ungekörnten, lymphocytoiden Elemente, sowohl die großkernigen und polymorphkernigen wie die kleinen mit dem dunkelfärbbarem Kern, als vom Gewebe geliefert zu betrachten.

10. Plasmazellen und Lymphocyten sind also zwar isomorphe und isochromatophile trotzdem aber heterogene Zelltypen, bilden zwei koordinierte in keinem genetischen Konnex mit einander stehende Zellgattungen.

Lymphocyten sind die Plasmazellen des normalen retikulären Bindegewebes, Plasmazellen die pathologischerweise gelieferten Lymphocyten des gereizten fibrillären Bindegewebes.

11. Die morphologische Gleichheit beider Bildungen, die also hier keine Handhabe für ihre Identifizierung geben darf, erklärt sich aus dem biogenetischen Grundgesetz, insofern als ja das retikuläre und fibrilläre Bindegewebe in gewebsphylogenetischer Descendenz stehen. Die fixe stromatische Spindelzelle des höher entwickelten fibrillären Gewebes durchläuft bei ihrer Vermehrung und Fortpflanzung ein embryonales Zwischenstadium, indem sie temporär den Habitus der dauernd runden lymphoiden Parenchymzelle des tiefer stehenden Retikulärgewebes annimmt. So gleicht die geschwänzte Kaulquabbe eines Frosches annähernd dem dauernd geschwänzten geschlechtsreifen Salamander.

12. Da also alles gegen die Lymphocytennatur der Plasmazelle spricht, nichts aber gegen ihre histiogene Abstammung, zumal nach Marchands Untersuchungen lymphocytoide Gebilde aus bindegewebigen Zellen (Klasmatocyten) hervorgehen können, so dürfte durch diese meine Darlegungen der Widerstreit der Meinungen, der ja gerade auf der tinktoriellen und morphologischen Gleichheit beider Gebilde fußte, bestens gelöst sein, insofern er ausgleichend beide mit einander vermittelt.

13. „Plasmazelle" ist somit auf Grund der angeführten histologischen und kritisch eruierten Thatsachen nur ein anderer Name für „Granulationszelle". Er umfaßt alle einkernigen ungekörnten basophilen Rundzellen eines Granulationsgewebes, die als sämtlich histiogener Abstammung somit eine genealogische Einheit bilden; er gebührt somit also auch den kleinen lymphocytoiden Zellen, die nicht den typischen morphologischen Habitus der großen Plasmazelle Marschalkós besitzen und auch nicht die chemisch-tinktorielle Granoplasmareaktion der großen Plasmazellen Unnas geben.

14. Da die lymphocytoiden Plasmazellen als „neugebildete pathologische Lymphocyten“ auch in die Blutbahn gelangen können, so ist als „Lymphocyt“ nicht nur die betreffende typische Zelle der lymphocytopoetischen Organe, die unter normalen Verhältnissen ins Blut eingeschwemmt wird, zu verstehen, zumal ja auch die atypischen grofsen Keimzentrumszellen der Lymphfollikel diesen Namen beanspruchen. Mit andern Worten: „Lymphocyt“ ist nur mehr ein morphologisch-tinktorieller, kein histiogenetischer Begriff.

Aus der Praxis.

Über die Merkurialbehandlung der Tabeskranken.

Von

Dr. M. Bockhart-Wiesbaden.

Vor 20 Jahren, als man unter dem Eindrucke der ersten Arbeiten von Fournier über die Ätiologie der Tabes diese Krankheit noch für eine einfache tertiäre Form der Syphilis hielt, behandelte man häufig die Tabeskranken in jedem Stadium ihrer Krankheit, sogar im dritten, im sogenannten paralytischen Stadium, mit energischen Quecksilberkuren. Diese energischen Kuren hatten nicht immer einen befriedigenden Erfolg. Wenn sie auch nicht gerade geschadet haben — manche Tabeskranke sind übrigens, wie Touton[1] mit Recht bemerkt, sehr empfindlich gegen Quecksilber — so schien ihr Nutzen im ganzen doch gering zu sein. Jetzt hat man mit gutem Grunde aufgehört, bei den späteren Stadien der Tabes eine antisyphilitische Behandlung anzuwenden. Man läfst die Tabeskranken nur noch im Stadium der Initialerscheinungen und im frühen ataktischen Stadium Merkurialkuren durchmachen; hier erzielt man in der That mit dieser Therapie gute Erfolge. Dagegen wendet man auch heute noch, so viel ich sehe, in der Regel starke Merkurialkuren zur Behandlung der Tabeskranken an; man verordnet ihnen meistens lange dauernde Kuren zu 4—6 g grauer Salbe im Tag.

Ich habe meine Tabeskranken früher ebenfalls mit energischen Merkurialkuren behandelt, indem ich sie womöglich 25—50 Einreibungen, und zwar zu 3—6 g grauer Salbe täglich, nehmen liefs. Die Resultate dieser Behandlung waren manchmal recht gut, meistens jedoch nicht be-

[1] Verhandlungen der deutschen dermat. Gesellschaft. 5. Kongrefs. 1896. S. 217.

friedigend. Aber nachdem ich beobachtet hatte, dafs die Resultate immer dann unbefriedigend waren, wenn während dieser Behandlung starke Abnahme des Körpergewichtes und ein geringer Grad von Anämie eintrat, bin ich dazu übergegangen, die Tabeskranken mit schwächeren und kürzeren aber häufigeren Merkurialkuren zu behandeln. Mit dieser Methode der Behandlung habe ich sehr viel bessere Erfolge erzielt. Ich lasse seitdem diese Kranken bei jeder Kur nur noch 20—25 Einreibungen zu 2,5—3 höchstens 4 g grauer Salbe pro dosi nehmen, achte darauf, dafs das Körpergewicht nicht oder nur in geringem Mafse abnimmt und lasse immer Pausen in der Behandlung eintreten, wenn sich die Kranken nicht frisch fühlen oder wenn ihre natürliche Gesichtsfarbe blasser zu werden beginnt. Während dieser Schmierkur lasse ich die Kranken vier- bis fünfmal in der Woche ein warmes Thermalbad von 25—27° R. nehmen, meistens von 26° R.; das scheint mir im allgemeinen die zweckmäfsigste Temperatur eines Bades für Tabeskranke zu sein. Die Dauer des Bades beträgt 10—15 Minuten. Kalte und heifse Bäder sind bekanntlich für diese Kranken in der Regel schädlich. Mit dieser Behandlung verbinde ich eine Art von Ruhekur. Ich lasse die Kranken 12 Stunden lang im Tag zu Bett liegen und zwar 10 Stunden lang des Nachts und 2 Stunden lang nachmittags. Im übrigen lasse ich sie viel im Freien sitzen, wenn die Witterung es erlaubt, und lasse sie nur ganz kurze Spaziergänge machen. Geistiger Anstrengungen, des Tabaks und des Alkohols müssen sie sich während dieser Behandlung fast gänzlich enthalten. Ich lasse die Tabeskranken diese milden Merkurialkuren öfters oder oft wiederholen; ich lasse sie womöglich in jedem Jahre eine solche Kur durchmachen, wie das auch Erb[2] angeraten hat. Einigen Kranken, bei denen eine Schmierkur nicht durchführbar war, machte ich mit gutem Erfolge Injektionen von Sublimat-Kochsalzlösung und zwar 20—25 Injektionen zu 0,01 g Sublimat pro dosi. Dagegen fand ich bei den Tabeskranken die Injektionen von unlöslichen Quecksilbersalzen und den innerlichen Gebrauch des Merkurs (Kalomel, Ricordsche Pillen) ungeeignet. Vom Jodkalium habe ich nie eine deutliche Einwirkung auf die Tabes gesehen, obgleich ich es in allen Fällen angewandt habe.

Auf diese Weise habe ich den letzten 13 Jahren 95 tabeskranke Männer behandelt. Von diesen befanden sich 72 im initialen Stadium der Krankheit, 23 im ataktischen Stadium. 22 von diesen 95 Kranken haben nur eine oder zwei Merkurialbehandlungen durchgemacht und ich habe von ihrem weiteren Schicksal nichts mehr gehört; drei sind inzwischen an anderen Krankheiten gestorben und einer endete durch Selbstmord. Die übrigen 69, von denen 58 im Initialstadium und 11 im atakti-

[2] Erb, Die Therapie der Tabes. *Samml. klin. Vortr.* 1896.

schen Stadium sich befanden, haben drei und mehr Merkurialkuren durchgemacht. Über deren Schicksale will ich hier das Wesentliche berichten. Der Erfolg der Merkurialkuren bei Tabeskranken tritt, wie Erb[3] mit Recht betont, nicht schon während der Behandlung ein, sondern erst hinterher. Auch genügt nicht eine oder zwei Merkurialkuren, um die Tabes zum Stillstand zu bringen oder eine Verlangsamung ihres Fortschreitens zu erzielen, sondern dazu sind offenbar mehrere nötig. Man muſs demnach den Tabeskranken Jahre hindurch beobachten, wenn man ein Urteil über den Erfolg seiner Merkurialbehandlung haben will.

Von den 58 im Initialstadium der Krankheit befindlichen Tabeskranken hatten 51 reflektorische Pupillenstarre, keinen oder fast keinen Patellarreflex und lanzinierende Schmerzen; einige von ihnen hatten auſserdem Parästhesien und Migräneanfälle; bei sieben war der Patellarreflex ebenfalls verschwunden, auch lanzinierende Schmerzen und Parästhesien vorhanden, dagegen fehlte bei diesen die reflektorische Pupillenstarre. Von diesen 58 Tabeskranken haben 7 sechs Merkurialkuren durchgemacht, 10 fünf, 14 vier und 27 drei. Die Kranken machten meistens in jedem Jahr eine Merkurialkur durch. Bei 10 von diesen 58 Kranken machte die Tabes trotz der Merkurialkuren langsame Fortschritte, indem unter anderem geringe Koordinatsstörungen in den unteren Extremitäten auftraten. Bei drei ebenfalls, insofern, als bei dem einen Magenkrisen, bei den zwei anderen Blasenstörungen eintraten; dagegen sind bei diesen drei Kranken die Koordinationsstörungen bis jetzt ausgeblieben. Bei 33 trat eine auffallende Besserung oder vielmehr ein teilweiser Stillstand der Krankheit ein, indem Pupillenstarre und Mangel der Patellarreflexe blieben und die lanzinierenden Schmerzen viel geringer und seltener wurden. Bei 12 aber trat ein vollständiger Stillstand der Krankheit ein, indem die lanzinienden Schmerzen ganz verschwanden und von den Symptomen der Tabes nichts zurückblieb als reflektorische Pupillenstarre und Mangel der Patellarreflexe bezw. letzterer allein. Diese 12 Tabeskranken fühlten sich im übrigen vollkommen gesund. Zu ihnen gehören alle diejenigen, die sechs Merkurialkuren durchgemacht haben; drei andere von ihnen haben fünf und zwei andere haben vier Merkurialkuren durchgemacht. Das gute Resultat, d. h. der komplete Stillstand der Krankheit trat nach vier bis sechs Merkurialkuren, also innerhalb 4—6 Jahren ein. Einen Kranken, der eine schwächliche Konstitution besitzt, wollte ich nur alle zwei Jahre eine Merkurialkur durchmachen lassen, und das geschah anfangs auch. Er machte die erste Merkurialkur im Jahre 1889 durch, die zweite im Jahre 1891, die dritte im Jahre 1893. In den Jahren 1890 und 1892 machte er nur eine Badekur in Schwalbach durch, ohne Quecksilber zu

[3] l. c.

nehmen. Jedesmal waren bei ihm in dem auf die Merkurialkur folgenden Jahre die lanzinierenden Schmerzen geringer, um dann im zweiten Jahre darauf, trotz der Badekur in Schwalbach, wieder stärker zu werden. Hierauf machte er in den Jahren 1894, 1895 und 1896 je eine Merkurialbehandlung durch. Danach blieben die lanzinierenden Schmerzen dauernd weg und es trat ein vollkommener Stillstand der Krankheit ein. Dieser Fall zeigt, dafs es nicht allein die Ruhe während der Merkurialbehandlung ist, die die Patienten bessert, sondern die Merkurialbehandlung selbst.

Bei den 11 ataktischen Kranken war der Erfolg dieser Merkurialbehandlung weniger eklatant, wenn auch nicht unbefriedigend. Bei zwei Kranken trat ein vollkommener Stillstand der Krankheit ein nach je fünf Merkurialkuren: die Koordinationsstörungen nahmen nicht mehr zu, aufserdem verloren sich bei ihnen die Störungen von seiten der Blase, an denen beide litten. Bei den übrigen neun machte die Krankheit trotz der Merkurialbehandlung im allgemeinen langsame Fortschritte; immerhin war auch bei ihnen ein Rückgang einiger Krankheitserscheinungen zu verzeichnen.

Bei allen Tabeskranken, die auf diese Weise behandelt wurden, konnte ich nach jeder Merkurialkur einen deutlichen Fortschritt in der Besserung des Gesundheitszustandes eventuell bis zum völligen Stillstand der Krankheit beobachten.

Das Resultat dieser Art der Merkurialbehandlung bei Tabes, nämlich der häufigen und alljährlich wiederholten milden Merkurialkuren, scheint mir recht gut zu sein. Namentlich finde ich es bemerkenswert, dafs unter 69 Tabeskranken bei 14, also in fast 20% der Fälle, ein vollständiger Stillstand der Krankheit eintrat, und dafs darunter 12 Kranke sich befanden, bei denen alle Symptome der Tabes schwanden bis auf den Mangel der Patellarreflexe und der reflektorischen Pupillenstarre und dafs diese letzteren Tabeskranken sich im übrigen seit Jahren ganz gesund fühlen. Es fällt mir natürlich nicht ein, aus dieser kleinen Anzahl von Fällen allgemeine Schlüsse zu ziehen. Aber jedenfalls liefern diese Beobachtungen wenigstens einen Beitrag zur Kenntnis von der Wirkung der Merkurialbehandlung bei Tabes.

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 2. Dezember 1901.

Originalbericht von Dr. F. Pincus-Berlin.

Der Vorsitzende verliest ein gehaltvolles Schreiben Neissers in dem er für seine Ernennung zum Ehrenmitglied der Gesellschaft dankt.

Cassel demonstriert ein 9jähriges Kind mit akutem Ausbruch **schwerer tertiär-syphilitischer Erscheinungen.** Patientin, die aus durchseuchter Familie stammt und bereits im ersten Lebensjahre antisyphilitisch behandelt worden ist, kam im Herbst 1900 mit exulceriertem Gumma der rechten Parotis in Behandlung. Vor einigen Wochen Aufbruch in der Narbe dieses Geschwürs. Gestern trat plötzlich eine Verbreiterung der Nasenwurzel mit Schmerzen und Hautröte ein, am harten Gaumen befanden sich sechs speckig belegte Ulcera, die Gesichts- und Halsdrüsen schmerzhaft vergrößert, Albuminurie, leichtes Fieber. An Milz, Leber und Knochen nichts abnormes.

Saalfeld stellt vor: 1. ein 19jähriges Mädchen mit **Folliclis** an den Armen. Die Affektion begann vor sechs Jahren nach einer Scarlatina, heilte mehrmals im Herbst aus und recidivierte im Frühjahr.

2. ein 18jähriges Mädchen, welche seit zwei Jahren an **Folliclis** leidet. Es sind nicht nur die Arme sondern auch Schultergürtel und Knie befallen.

3. 30jährige Frau, bei welcher angeblich seit ¾ Jahren sehr ausgebreitete Eruption von sogenanntem **Lymphangioma tuberosum multiplex** aufgetreten ist.

Schmidt zeigt 1. nach Finsen (im hiesigen Universitätsinstitut) behandelte Fälle von **Lupus und Tuberculosis verrucosa cutis,** deren kosmetisches Resultat zum Teil überraschend ist.

2. eine nach Bangs Vorschriften in einer hiesigen Fabrik konstruierte Lampe.

Diskussion: Holländer tritt für Exstirpation des Lupus, wo diese nicht mehr möglich ist, für eine Heißluftkauterisation ein.

Lesser bemerkt, daß die reine Finsenbehandlung zur Zeit noch in vielen Fällen zur Erforschung der Methode durchgeführt werde, daß er die chirurgischen Methoden später zur Vorbehandlung in ausgedehntem Maße benützen werde. Er tritt für die Gründung von Lupusasylen mit Wärme ein, da diese die Durchführung einer langen Behandlung besser ermöglichen würden als ambulatorische oder Krankenhausbehandlung. Die Bangsche Lampe scheint einen großen Fortschritt zu bedeuten, doch ist wegen Schädigung der Augen durch das intensive Licht große Vorsicht bei ihrer Handhabung notwendig.

Gerson demonstriert einen 9jährigen Knaben mit **Morbus maculosus Werlhofii.** Das Kind leidet seit einem Jahre mit häufigen Rezidiven an Nasenbluten, später an Hautblutungen und Anschwellungen der Extremitäten und der Genitalien. In letzter Zeit Sehstörungen. Die Recidive treten unter Fieber und Erbrechen ein. Hochgradige Anämie, keine Gelenkschmerzen, keine Milzvergrößerung.

Diskussion: Blaschko erinnert an einen vor Jahren von ihm vorgestellten Fall von **Urticaria haemorrhagica,** welcher dem hier vorgestellten sehr ähnlich war. In diesem trat mit der Pubertät Besserung ein.

Pinkus demonstriert 1. einen 12jährigen Knaben, welcher seit acht Tagen an **Granulosis rubra nasalis** (Jadassohn) leidet.

2. eine als Morbus novus zu betrachtende **Knötcheneruption am Penis**, welche sich mikroskopisch als Granulom mit Riesenzellen und zentraler Nekrose, an einen verbreiterten Epithelzapfen (ob Follikelrest?) angelehnt, darstellt.

Gebert zeigt einen Fall von **Lichen ruber verrucosus** am Skrotum.

Buschke zeigt 1. einen Mann mit **Hautatrophie** am Handrücken, welche sich an eine im Jahre 1896 durchgemachte Röntgendermatitis (nach einhalbstündiger Bestrahlung) angeschlossen hat. Sie unterscheidet sich von der gewöhnlichen Form der Hautatrophie durch den Mangel an Progredienz.

2. Mann mit **lymphatischer Leukämie**, der seit vier Wochen an urtikariellem Juckausschlag leidet, Blasenbildung (zum Teil hämorrhagisch) an den Händen, Ödem der Augengegend, besonders nach Sonnenbestrahlung.

3. **Thalliumalopecie bei einem Kaninchen**, hauptsächlich in der Medianlinie. Von fünf Tieren ist nur eines am Leben geblieben; von den vier gestorbenen ist bei zweien Alopecie aufgetreten, bei zweien nicht.

Hoffmann berichtet 1. über den Tod eines vor einigen Monaten demonstrierten Kranken, dessen Diagnose zwischen Dermatitis herpetiformis und **Pemphigus** geschwankt hatte; zeigt

2. **Kokken** im Gewebe **bei Erythema nodosum.**

3. einen Kranken mit hochgradiger **lymphatischer Leukämie**, welcher früher (Moulage) an eigentümlichen furunkelähnlichen Ausbrüchen gelitten hat.

4. einen ca. 20jährigen Kranken mit eigentümlicher (favusähnlicher) Atrophie der behaarten Kopfhaut (mit Haarverlust), am Rande Follikulitiden; Hautatrophie an beiden Schienbeingegenden; Ekzem im Gesicht. Der ganze Symptomenkomplex soll mit erheblichen Schwankungen, namentlich des Ekzems seit dem zweiten Lebensjahre bestehen. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: **Folliculitis decalvans.**

Diskussion: Blaschko hält das Ekzem für sekundär, die Grundaffektion zur Akne atrophicans gehörend.

Saalfeld meint, es handle sich um einen atypischen Fall von Ulerythema ophryogenes.

Blaschko und Hoffmann schliefsen letztere Möglichkeit aus.

Lesser findet gewisse Ähnlichkeit mit der Sykosis, welche gleichfalls mit Ekzem verbunden sein und zur Atrophie führen kann.

Saalfeld demonstriert **durchbohrte Stahlsonden**, deren Bohrung an einer der Urethra posterior entsprechenden Stelle ausmündet, so dafs vor dem Herausziehen der Sonde durch sie eine desinfizierende Einspritzung gemacht werden kann.

Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau.

Sitzung vom 9./22. November 1901.

Originalbericht von Arth. Jordan-Moskau.

1. Pospelow sprach über **die Behandlung des Favus** ohne Epilation und stellte eine Favuskranke vor. Pospelow gab zunächst eine Beschreibung der verschiedenen Favusformen, wobei er betonte, dafs aufser der Infektion mit dem Achorion Schönleini noch andere begünstigende Momente, wie Erschöpfung etc. mitspielen müssen. Dann ging er auf die Behandlung über, welche von jeher ihr Hauptaugenmerk auf die Epilation der Haare gerichtet hat. Leider ist dieselbe nur so äufserst schmerzhaft, dafs P., gleich Pirogoff, Besnier und Petersen versucht hat, ohne dieselbe auszukommen. Seit zwei Jahren behandelt er seine Favuskranken mit Erfolg auf folgende

Weise: Er läfst die Borken mit Karbolvaselin, resp. Formalin entfernen, den Kopf darauf mit Sublimatseife waschen und behandelt abwechselnd mit Jodtinktur und Ung. Wilkinsoni. Bei der vorgestellten, noch nicht behandelten, Kranken soll aber die eine Kopfhälfte abwechselnd mit Tinct. jodi und Tinct. veratri albi, die andere mit Ung. Wilkinsoni behandelt werden.

Diskussion: Speranski teilte näheres mit über die Favusbehandlung in Paris.

Pospelow bemerkt noch, dafs er die Tinct. veratri albi deswegen vorschlage, weil er sie mit Erfolg bei Herpes tonsurans und Pityriasis versicolor benutzt.

2. Metscherski stellte eine 41jährige Frau mit **Atrophia cutis idiopathica** vor. Das Leiden soll sich im Laufe der letzten 12 Jahre entwickelt haben und betrifft jetzt die Schulterblätterregion und die oberen, wie unteren Extremitäten. Alle diese Partien sind mehr oder weniger rot verfärbt und die Haut ist verdünnt, knistert wie Cigarettenpapier und läfst die Venen durchschimmern. Während man aber auf den oberen Extremitäten hier und da plaqueartige weifse Flecke sieht, bilden dieselben auf den unteren Extremitäten gröfsere Flächen. Metscherski bezeichnet die ziegelrote Atrophie der oberen Extremitäten als das erythematöse Stadium, die purpurrote Atrophie entsprechend der der Schulterblätter als das infiltrative Stadium der Atrophie. Die weifsen Flecke und Flächen dagegen sieht er als Sklerodermie an, welche sich zur Atrophie hinzugesellt hat.

3. Metscherski stellte noch ein Mädchen vor, welches gleichfalls eine **idiopathische Hautatrophie** der unteren Extremitäten aufweist. Dieser Fall entspricht genau den ersten von Buchwald und von Pospelow beschriebenen Fällen.

Diskussion: Pospelow macht bei diesem Fall auf ein früher noch nicht erwähntes Symptom aufmerksam, nämlich: die starke Schmerzhaftigkeit, über welche die Patientin klagt, wenn man eine atrophische Hautfalte mit zwei Nägeln erfafst.

4. Hasanoff als Gast führte einen Fall von **Lichen planus** vor, bei dem die Wangenschleimhaut mitaffiziert ist.

Diskussion: Pospelow sagt, die Fälle von Lichen planus der Wangenschleimhaut sind wichtig zu kennen, weil der Lichen hier beginnen und dann diagnostische Schwierigkeiten machen kann.

5. Sokoloff demonstrierte nochmals den in der vorigen Sitzung gezeigten Fall von **Keratosis follicularis**, der unter heifsen Bädern und Salbenbehandlung (Sapo viridis und Lanolin ā) gebessert worden ist.

6. Tschlenoff zeigte das **mikroskopische Präparat** zu dem von ihm in der vorigen Sitzung vorgestellten Fall von **Narbenkeloid.**

7. Im Namen des abwesenden Mitgliedes Glawsche wurde eine Arbeit desselben verlesen, betitelt: **Die Resultate der neuesten Untersuchungen über das Ekzem.**

Verhandlungen der American Dermatological Association.

24. Jahresversammlung in Washington, 1.—3. Mai 1900.

Aus dem offiziellen Verhandlungsbericht ist folgendes nachzutragen, weil es in diesen Blättern noch nicht referiert wurde:

Über bullöse Dermatitis (Dermatitis herpetiformis?) bei Kindern, von John T. Bowen. Verfasser berichtet über fünf Fälle, wo sich im Anschlufs an die stattgehabte Impfung nach 1—4 Wochen ein Blasenausschlag bei den Kindern entwickelte, der in Gestalt von einzelnen oder gruppierten Blasen besonders Gesicht und Streckseiten der Extremitäten befiel und unter häufigem Auftreten neuer Blasen monatelang bestand. Der Juckreiz war mäfsig, das Allgemeinbefinden und die Ernährung waren wenig gestört.

Über die Natur der bösartigen Hautkrankheiten und ihre Übergangsformen, von BRONSON. Verfasser weist darauf hin, daſs manche Erkrankungen der Haut ihrem histologischen Bau und dem mikroskopischen Befunde nach maligne sein müſsten, ohne sich klinisch als solche zu zeigen; dazu gehört z. B. das Molluscum contagiosum, das ein Epitheliom ist, ferner das Lymphangioma tuberosum, ein Endotheliom, das Carcinoma serpiginosum multiplex, manche Formen des Ulcus rodens; anderseits beginnen manche Erkrankungen mit einfacher Entzündung und endigen als bösartiges Carcinom, wie UNNAS Carcinom der Seemannshaut, wie PAGETS Erkrankung, wie die Epitheliome, die sich auf luetischer oder lupöser Basis entwickeln.

Ein Fall von langdauerndem Erythema elevatum oder ringförmiger, knotenförmiger Eruption an den Extremitäten eines Kindes, von GILCHRIST. Das dreijährige, kräftige Kind hatte seit elf Monaten am Handgelenk und auf dem Fuſsrücken ringförmige, knotige Läsionen vom 3 : 4 cm Durchmesser mit abgeflachtem blassen Centrum und bläulichroten, wallartigen Rändern, die leicht empfindlich waren. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daſs es sich um einen entzündlichen Prozeſs handelte, der in den tieferen Coriumschichten begonnen hatte und später aufwärts gegen die Epidermis zu fortgeschritten war. Auf Darreichung von Leberthran und Syrupus hypoposphates schwand die Affektion. *F. Hahn-Bremen.*

Fachzeitschriften.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1901. Heft 10.

1. **Perineale Prostatektomie: Verfahren von RAMON MACIAS und REGINO GONZALÈZ**, von DEFFIS-Mexiko. RAMON MACIAS und REGINO GONZALÈZ in Mexiko führen seit 10 Jahren bei Prostatahypertrophie die perineale Prostatektomie nach folgender Methode aus: Nach Einführung einer Sonde in die Blase wird entsprechend der Raphe des Perineums ein 4—5 cm langer Schnitt gemacht, dessen unteres Ende bis in den Sphincter ani externus hineinreicht. Die Urethra wird in ihrem membranösen Teil eröffnet und durch die Öffnung ein Urethrotom nach OTIS geschlossen in die Blase eingeführt und mit geöffneten Branchen zurückgezogen, um die Pars prostatica der Urethra gut zu dilatieren. Nunmehr wird auch die Sonde entfernt und dann die Harnröhrenschleimhaut über dem spitzen Ende des weniger stark hypertrophischen seitlichen Prostatalappens mit dem Nagel des Zeigefingers (sic! Ref.) oder mit dem Bistouri knopflochförmig gespalten. Durch diese Öffnung wird, je nachdem es sich um den rechten oder linken Prostatalappen handelt, der linke oder rechte Zeigefinger eingeführt, der die Harnröhrenschleimhaut nach oben drängt und dann das Prostatagewebe von der Kapsel loslöst. Sobald das spitze Ende des Lappens frei geworden ist, wird dasselbe mit einer Pinzette gefaſst und nun der Lappen sei es als Ganzes, sei es, bei leicht zerreiſslichem Gewebe, in Stücken mit dem Finger ausgeschält. Dann wird auf die gleiche Weise der andere seitliche Lappen und zuletzt der mittlere Lappen entfernt. Die Ablösung der oberen Teile muſs mit besonderer Vorsicht vorgenommen werden, damit die vordere Harnröhrenwand nicht verletzt wird: gegebenenfalls darf auch hier ein kleiner Rest von Prostatagewebe zurückbleiben. Die Blutung ist stets gering und läſst sich durch Tamponade in wenigen

Minuten stillen; sobald sie steht, werden die Blutgerinnsel, die in die Blase gelangt sind, mit einer eigenen Pinzette entfernt. Dann wird ein Verweilkatheter eingeführt, die Blase mit 1—2‰iger Höllensteinlösung ausgespült, die Wundhöhle austamponiert und ein Verband angelegt. Der Katheter, der alle 48 Stunden gewechselt werden muſs, bleibt je nach dem Zustand der Blase 8—14 Tage liegen, nach Entfernung desselben wird der Kranke jeden zweiten Tag mit einer Metallsonde sondiert. — Die beiden Chirurgen haben das Verfahren, das nur durch bestehende schwere Veränderungen der Nieren kontraindiniert wird, bis jetzt in circa 30 Fällen angewendet und zwar auch bei Kranken mit infizierter Blase, wenn die Infektion der üblichen intravesikalen Behandlung nicht in wenigen Tagen wich. Die Resultate waren vorzüglich: der Allgemeinzustand, der in vielen Fällen vor der Operation ein sehr schlechter gewesen war, besserte sich sehr rasch, der Urin wurde klar, und die Patienten konnten alsbald wieder spontan und ohne Beschwerden urinieren. In mehreren Fällen dauert der günstige Erfolg der Operation schon einige Jahre an. Die Verfasser glauben, daſs das beschriebene Verfahren sich in der Behandlung der Prostatahypertrophie einen ausschlaggebenden Platz erobern wird.

2. **Beitrag zum Studium der paravesikalen Echinococcuscysten,** von Fürstenberg-Odessa. Der Verfasser, der für die in der Nähe der Blase gelegenen Echinococcuscysten die von Clado vorgeschlagenen Bezeichnung „paravesikale" Echinococcuscysten als den anatomischen Verhältnissen am besten entsprechend acceptiert, hat zwei diesbezügliche Fälle beobachtet. Der eine Fall betraf einen Charkutier, der eines Tages am Ende einer Urinentleerung einen heftigen Schmerz verspürte, die Miktionen erfolgten von da an häufiger und waren stets von Schmerzen begleitet. Bei der Untersuchung fand sich im Hypogastrium ein gespannter, fluktuierender Tumor, der auch vom Rektum aus fühlbar war. Blasenhals und Blase waren nach rechts verdrängt. Entleerung der Blase verkleinerte den Tumor nicht, dagegen floſs in die Blase injizierte Borsäurelösung nur zum Teil wieder ab. Punktion des Tumors vom Rektum aus förderte 300 g milchigweiſse Flüssigkeit zu Tage; dieselbe enthielt zahlreiche Echinococcushaken. Zwei Tage nach der Punktion war die Geschwulst merklich gröſser als vorher. Die Cyste wurde per laparotomiam eröffnet, wenige Tage nach der Operation kamen aus der Urethra einige Hydatiden zum Vorschein, während sich der Urin aus der Bauchwunde entleerte. Daraufhin wurde ein Verweilkatheter eingelegt und nun schloſs sich die Wunde allmählich; der Urin, der nach Entfernung des Katheters wieder in normalerweise entleert wurde, enthielt noch einige Zeit Eiter und Blut, wurde aber dann vollständig klar. — Das plötzliche Auftreten von Schmerzen bei der Urinentleerung war in diesem Falle durch den Durchbruch der Cyste in die Blase verursacht, während die Vergröſserung der Geschwulst nach der Punktion durch Eintritt von Urin in die Cyste bewirkt wurde. — Im zweiten Falle handelte es sich um einen stark geschwächten und erschöpften Kranken, bei dem seit Monaten Harnbeschwerden, beträchtliche Vermehrung der Zahl der Urinentleerungen und inkomplete Urinretention bestand. Unmittelbar nach der ersten Untersuchung, bei der ein charakteristischer Tumor im Hypogastrium und geringgradige Hämaturie konstatiert wurde, trat eine akute, komplete Urinretention ein; durch den eingeführten Katheter wurden zweimal groſse Blutmengen und zahlreiche Blutgerinnsel entleert. Die hochgradige Anämie des Kranken erforderte rasches Eingreifen; es wurde daher die Blase mittelst Sectio alta eröffnet und die Schleimhaut nach Entfernung der die Blase füllenden Gerinnsel und Hydatiden mit der Hautwunde vernäht; dann wurde die hinter der Blase gelegene und mit ihr kommunisierende Cyste drainiert und sorgfältig ausgespült. Sowohl die Kommunikationsöffnung wie die Blasenwunde schlossen sich nur sehr langsam. Noch bevor Heilung eingetreten war, begann die Cyste wieder

gröfser zu werden, um schliefslich das ganze Hypogastrium auszufüllen. Eine zweite Operation liefs der Kranke nicht mehr vornehmen.

Im Anschluſs an diese beiden Beobachtungen und unter Bezugnahme auf die übrigen in der Litteratur veröffentlichten Fälle bespricht der Verfasser, ohne im wesentlichen Neues beizubringen, die Symptomatologie, den Verlauf und die Behandlung der paravesikalen Echinococcuscysten.

3. **Über die Hämaturie infolge von Schwangerschaft,** von Umberto Chiaverone. Bezüglich der bei Schwangeren vorkommenden Hämaturien ist zu unterscheiden zwischen den Fällen, in denen die Blutung in keinen ursächlichen Zusammenhang mit der Schwangerschaft steht, vielmehr durch irgend welche andere Momente hervorgerufen ist, und jene Hämaturien, die durch die Schwangerschaft selbst und nur durch diese verursacht sind. Eine solche Hämaturie infolge von Schwangerschaft hat der Verfasser beobachtet. Es handelte sich um eine 46jährige, erblich in keiner Weise belastete Frau, die früher stets gesund gewesen war. Bei derselben wurde in der Mitte der sechsten Schwangerschaft Hämaturie konstatiert, und zwar enthielt der Urin unverändertes Blut und aufgelöstes Hämoglobin; aufserdem fanden sich mehrere Male längliche, wurmförmige Koagula im Urin; der Entleerung derselben gingen stets heftige Schmerzen längs der Ureteren und in der Nierengegend voraus. Sonst bestanden weder Schmerzen noch Beschwerden irgend welcher Art. Die Hämaturie, die weder durch Ruhe, noch durch Bewegung beeinflufst wurde, dauerte mit einzelnen kurzen Intervallen bis zum Ende der Schwangerschaft, ohne dafs dadurch das Wohlbefinden der Frau beeinträchtigt worden wäre. Nach der Geburt nahm der Blutgehalt des Urins rasch ab, um am siebenten Tage vollständig und dauernd zu verschwinden. Von der Blutbeimengung abgesehen war der Harn stets frei von jedweden pathologischen Bestandteilen. Die cystoskopische Untersuchung wurde von der ängstlichen Patientin nicht gestattet; trotzdem erscheint es sicher, dafs es sich um eine Hämaturie renalen Ursprungs handelte. Verursacht war die Hämaturie einzig und allein durch die Schwangerschaft. — Hämaturie bei Schwangeren wurde bis jetzt in 12 Fällen beobachtet; in 5 von diesen 12 Fällen, die alle am Schlusse der Arbeit kurz beschrieben werden, war die Hämaturie nicht durch die Schwangerschaft, sondern durch andere Momente verursacht. während es sich in den übrigen 7 Fällen um Hämaturie infolge von Schwangerschaft handelte. Was die Pathogenese dieser „Schwangerschaftshämaturien" betrifft, so glaubt der Verfasser, dafs die Kongestion der Nieren, wie sie durch den Druck des graviden Uterus auf die grofsen Gefäfse und die Ureteren hervorgerufen wird, nur eine untergeordnete, sekundäre Bedeutung hat. Die eigentliche Ursache ist vielleicht in einer Toxämie zu suchen, die ihrerseits die Folge einer verminderten Funktionsfähigkeit, einer Insufficienz der Leber und der Nieren ist: Leber und Nieren sind in manchen Fällen während der Schwangerschaft nicht mehr im stande, alle im Organismus selbst gebildeten oder von aufsen in den Körper gelangten Toxine in unschädliche Stoffe umzuwandeln, bezw. auszuscheiden, es kommt zu Intoxikationen, die Toxine verändern die Zusammensetzung des Blutes, beeinträchtigen die ernährende Thätigkeit der Gefäfse und schädigen die Gefäfswände; infolgedessen können Blutungen eintreten und zwar am leichtesten in den gefäfsreichen Nieren. In ähnlicher Weise führt man auch die Albuminurie infolge von Schwangerschaft auf eine Alteration der Nierenepithelien durch Toxine zurück, und auch die Varicen der Blase, wie sie manchmal während der Gravidität auftreten, sind wenigstens zum Teil wahrscheinlich die Folge einer Toxämie, welche die Widerstandsfähigkeit der Gefäfswände beeinträchtigt. — Die Prognose der Schwangerschaftshämaturie ist im allgemeinen günstig. Die Behandlung ist eine exspektative und allgemein-diätetische; die Styptica scheinen keine Wirkung zu haben. In schweren Fällen mufs das Amnion

punktiert werden, damit der Druck, den der Uterus ausübt, vermindert wird; eventuell kann sogar die künstliche Unterbrechung der Gravidität in Frage kommen.

4. Harnabscefs oder vielmehr periurethrale Eiterung ohne Verletzung der Urethra, von Delefosse. Die in der Urethra befindlichen Mikrobien können zwar eine vollständig normale Harnröhrenschleimhaut nicht durchdringen, eine pathologisch veränderte Mucosa, wie sie sich insbesondere hinter Harnröhrenstrikturen befindet, zu passieren, sind sie dagegen wohl im stande. So entstehen ohne jegliche Beteiligung des Harns periurethrale Infektionen und Eiterungen, die bisher fälschlich „Harnabscesse" genannt wurden. Eine solche periurethrale Infektion ohne Kontinuitätstrennung der Urethra beobachtete der Verfasser an einem Arzte, dessen selbstverfafste Anamnese eine wahre Leidensgeschichte ist. Infolge einer kongenitalen Harnröhrenstriktur hatte der Patient von Kindheit an unter Harnbeschwerden, aufserordentlich langsamen und zahlreichen Miktionen, akuten Urinretentionen und Schmerzen schwer zu leiden, bis durch eine Urethrotomia interna und nachfolgende Dilatationskur eine viele Jahre lang anhaltende Besserung erzielt wurde. Allmählich aber stellten sich die Verengerung und mit ihr die alten Beschwerden wieder ein; gleichzeitig wurde der Penis dicker und härter, und an seiner unteren Fläche etwas aufserhalb von der Urethra entstand eine kleine Geschwulst, die bis zu Taubeneigröfse anwuchs. Diese Geschwulst wurde vom Verfasser eröffnet, wobei sich zirka 200 g rahmigen Eiters entleerten. Eine Kontinuitätstrennung der Urethra war, wie durch die eingehende Untersuchung festgestellt wurde, nicht vorhanden.

5. Behandlung der Prostatahypertrophie auf Grund einer neuen ätiologischen Auffassung, von A. Casamayor-Olonon-Sainte-Marie. Durch die Hypertrophie der Prostata wird die elastische, hauptsächlich aus Drüsen- und Bindegewebe bestehende untere Harnröhrenwand vielfach verändert: sie wird stärker gekrümmt, nach der einen oder anderen Seite gedrängt, hauptsächlich aber gedehnt und verlängert. Die obere, aus Muskelgewebe bestehende Wand bleibt dagegen in ihrer Form und Gröfse unverändert und bildet eine Art Zügel oder Band, an dem die untere Wand und mit ihr die Prostata festgehalten wird. Nach der Theorie des Verfassers nun wird der Prostata, die infolge der gegebenen anatomischen Verhältnisse sich weder nach vorne, noch nach den Seiten, noch nach unten ausdehnen kann, infolge des von der oberen Harnröhrenwand ausgeübten Zuges auch die Ausbreitung nach hinten unmöglich gemacht, die Hypertrophie mufs in der Richtung nach vorn oben weiter schreiten. Dabei wird auch das Orificium internum der Urethra nach vorn oben gedrängt, und dadurch erhält die Harnröhre die charakteristische Verstärkung ihrer Krümmung, die ihrerseits die Ursache aller weiteren im Verlaufe der Prostatahypertrophie eintretenden Veränderungen ist. Wenn diese Auffassung richtig ist, so wäre es nach Ansicht des Verfassers rationell, bei Prostatahypertrophie einfach die vordere Harnröhrenwand durch multiple quere Schnitte länger zu machen; dadurch würde der von dieser Wand ausgeübte Zug mit all seinen Folgen beseitigt, und der Prostatateil der Harnröhre würde wieder zu einem homogenen Rohr mit parallel verlaufenden, symmetrischen Wänden. Die Operation könnte entweder mit einem eigens konstruierten Instrument nach Art der Urethrotomia interna oder vom Perineum aus nach Art der Urethrotomia externa oder vom Hypogastrium aus ausgeführt werden. — Praktisch angewendet wurde das Verfahren bisher noch nicht. Bei einigen an Leichen vorgenommenen Versuchen wurde allerdings die gewünschte und notwendige Verlängerung der vorderen Harnröhrenwand nicht erzielt; doch hält der Verfasser diese Versuche nicht für beweisend.

1901. Heft 11.

1. **Hilfsmittel und Methodik,** von Guyon. Klinische Eröffnungsvorlesung, gehalten zu Beginn des Studienjahres 1901—1902.

2. **Ein Mikrobiennest des Penis,** von Keersmaecker-Antwerpen. Bei einem jungen Manne den der Verfasser an einer chronischen Urethritis behandelt und als geheilt entlassen hatte, trat wenige Wochen später ein seröser Ausfluſs auf, der sich durch einige Spülungen mit Kaliumpermanganatlösung rasch beseitigen ließs, aber nach kurzen Zwischenräumen noch zweimal wiederkehrte. Es handelte sich um eine Infektion der Pars anterior der Harnröhre von einem kleinen, an der Innenfläche des Präputiums gelegenen, infizierten Kanal aus. Nach Spaltung desselben blieb der Mann dauernd geheilt.

In seiner vor kurzem in den Annalen veröffentlichten Arbeit „die Mikrobiennester der Urethra" hat sich Janet gegen die Behandlung der chronischen Blennorrhoe mittels Dilatationen ausgesprochen. Dem gegenüber betont der Verfasser, daſs einerseits Sterilisierung der Urethra noch nicht gleichbedeutend mit Heilung einer chronischen Blennorrhoe sei und daſs andererseits auch eine Sterilisierung der Harnröhre sehr oft durch Spülungen allein nicht erzielt werden könne. Sicherlich aber können die Exsudate, die infolge einer chronischen Blennorrhoe in der Harnröhrenschleimhaut entstanden sind, durch Spülung nicht zur Resorption gebracht werden; dazu bedarf es der Dilatationen.

3. **Bemerkung über einen Fall von akuter, durch Staphylokokken hervorgerufener Urethritis,** von Albert Malherbe-Nantes. Eine Frau, die soeben eine Stomatitis wahrscheinlich aphthöser Natur durchgemacht hatte, gab ihrem Mann einen Beweis ihrer ehelichen Liebe dadurch, daſs sie seinen Penis in den Mund nahm. Die Folge dieser Zärtlichkeit war, daſs der Mann am nächsten Tage heftiges Brennen beim Urinieren hatte und daſs starke Schwellung und Rötung der Glans, insbesondere der Harnröhrenmündung und geringgradiger, blutig-seröser Ausfluſs auftrat. In dem Ausfluſs fand sich ausschlieſslich Staphylococcus albus. Vier Tage nach Beginn der Erkrankung stellten sich Schmerzen und eine eigentümliche Hyperästhesie der Haut an den Hinterbacken, den Beinen, dem Hodensack, dem Unterleib und der Lendengegend ein. Erst nach zwei Wochen begannen die Erscheinungen zurückzugehen. Ein zu dieser Zeit vorgenommener Coitus förderte blutig tingiertes Sperma zu Tage, hatte aber keine Erkrankung der Frau zur Folge. Bis zum Verschwinden aller Erscheinungen vergingen mehr als fünf Wochen, das Allgemeinbefinden war während der ganzen Zeit nicht gestört. Die Behandlung bestand lediglich in Verabreichung von Oleum Santali.

4. **Primäres Plattenepithelcarcinom der Nierenkelche und Metaplasie des Schleimhautepithels der Nierenkelche, des Nierenbeckens und des Ureters,** von Kichenski-Moskau. Eingehende Darstellung des makro- und mikroskopischen Befundes bei einem Falle von primärem Plattenepithelcarcinom der Nierenkelche. Der Fall bot dadurch besonderes Interesse, daſs die Schleimhaut der Nierenkelche, des Beckens und des Ureters ausgesprochene Verhornung der oberflächlichen Epithelschicht aufwies. *Götz-München.*

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band XII, Heft 11.

Experimentelle Untersuchungen über die baktericide Wirkung einiger Harndesinfizientien, von Wannier. Angeregt durch die Versuche Rovsings, Krauses und Suters stellte Verfasser an Burckhardts Klinik in Basel experimentelle Unter-

suchungen über die Desinfektion des Urins durch Darreichung innerer Mittel an und kommt zu folgendeu Resultaten:

1. Acid. boric., Guajakol und Kreosot üben bei innerer Darreichung selbst in sehr grofsen Dosen keinen Einflufs aus auf die Entwickelung der Bakterien im Urin.

2. Acid. benzoicum zeigt in kleinen Dosen (0,6 pro die) ebenfalls keine Wirkung, bei gröfseren Dosen (3,0 und 6,0 pro die) wird das Wachstum von Streptococcus pyogenes aufgehoben, die übrigen Bakterien dagegen nicht beeinflufst.

3. Durch Salol wird das Wachstum von Streptococcus verhindert, von Staph. albus und Proteus deutlich verlangsamt, von Bact. coli, Bact. typhi und Staph. aureus dagegen nicht wesentlich beeinflufst.

4. Nach innerer Darreichung von Urotropin ist im Urin bald nachher immer Urotropin nachzuweisen. Ebenso findet sich im sauren Harn immer Formaldehyd, und zwar fällt die Reaktion um so deutlicher aus, je stärker die Acidität des Harns ist. Das Wachstum der Bakterien ist beinahe vollständig aufgehoben, nur Bact. coli zeigt ein allerdings sehr verzögertes Wachstum auch in formaldehydhaltigem Urin. Anfänglich beruht dieses Fehlen des Wachstums nur auf Hinderung desselben, während die Bakterien noch lebensfähig sind. Bei längerer Einwirkung des Formaldehyds findet eine wirkliche Abtötung der Bakterien statt. Am längsten widersteht auch hier Bact. coli.

5. Tannopin und Tannoform zeigen keine Wirkung auf die Entwickelung der Bakterien im Urin. *F. Hahn-Bremen.*

Bücherbesprechungen.

Der Ursprung der Syphilis. Eine medizinische und kulturgeschichtliche Untersuchung von Iwan Bloch. Erste Abteilung. 313 Seiten. (Gust. Fischer, Jena 1901.) Es ist sehr erfreulich, dafs das medizinisch-historische Rätsel der grofsen Syphilisepidemie vom Ende des 15. Jahrhunderts immer von neuem Historiker und Ärzte zu einem eingehenden Studium jener denkwürdigen Epoche veranlafst. Das vorliegende Werk eines noch jungen, aber ungemein belesenen und schaffensfreudigen Autors ist aber mehr als die Inangriffnahme und gelegentliche Bearbeitung eines an und für sich reizvollen und dankbaren medizinisch-historischen Themas. Es ist die allmählich zu einer Notwendigkeit gewordene, ernste Antwort auf die Behandlung derselben Frage in dem 1895 erschienenen grofsen Werke von Proksch: Geschichte der venerischen Krankheiten, in welchem dieser Autor sich bekanntlich im Anschlufs an Rosenbaum und alle neueren Historiker (Haeser, Hirsch, Fuchs) als Anhänger der Lehre von der Altertumssyphilis bekennt und die älteren und neueren Ärzte, welche den neuzeitlichen Ursprung der Syphilis verteidigen (Astruc, Girtanner, Geigel, Liebermeister, Binz und Melsheimer) als Dilettanten in der Geschichte der Medizin ziemlich abfällig beurteilt. Schon bei Besprechung jenes sehr verdienstvollen Werkes von Proksch in dieser Zeitschrift (Bd. 20, S. 441; Bd. 22, S. 426) habe ich erörtert, weshalb auch ich durch die Citate und Beweisführung von Proksch an der Annahme einer neuzeitlichen Entstehung der Syphilis nicht irre geworden bin und ich vermute, dafs es den meisten denkenden Pathologen ebenso wie mir gegangen ist. Mit dem Erscheinen des Prokschschen Werkes war die Frage nach dem Ursprung der Syphilis zugespitzt; sie war gleichsam zu einer unüberbrückbaren Kluft geworden zwischen

der medizinisch-historischen Wissenschaft einerseits und dem gesunden Menschenverstand der Pathologen andererseits. Es ist nun garnicht zu erwarten gewesen, dafs weitere Schriften von Pathologen, also von Dilettanten in der Geschichtswissenschaft und wären sie noch so zahlreich, diese Kluft auszufüllen vermocht hätten; diese Frage mufste so lange eine offene bleiben, als bis ein Historiker von Fach sich der Mühe unterzog, die einzelnen nur den Historikern imponierenden, dem ärztlichen Laienverstande aber verdächtigen Beweisstücke einer neuen sorgfältigen, der Laienskepsis Rechnung tragenden Kritik zu unterwerfen. Denn in dieser Laienskepsis steckt ein gut Teil gesunden Verstandes und Nachdenkens von Seite pathologisch geschulter Gelehrter. Welcher historisch ungeschulte Arzt kann sich, wenn er zum ersten Male Genaueres über den schrecklichen Siegeszug der Syphilis über das westliche Europa von 1494 bis 1500 erfährt, dem Eindrucke entziehen, dafs die alte Welt zu jener Zeit einem neuen Feinde wehrlos hingegeben war? Gewifs niemand, der das Grauen der Laien, die Ratlosigkeit der Ärzte gegenüber dieser von allen Zeitgenossen als durchaus neu betrachteten Krankheit sieht, der mit Erstaunen erfährt, dafs an das Erscheinen dieser Seuche sich eine für jene Zeit aufserordentlich grofse Litteratur der Ärzte und Laien anschlofs und dafs diese nicht nur dem Schrecken sondern auch der Verlegenheit unverhohlenen Ausdruck gab, wie diese Entsetzen erregende Krankheit aufzufassen und zu benennen sei, so dafs im Verlaufe eines Lustrums zahllose Theorien und Namen (Bloch führt über 400 an) wie die Pilze aus der Erde schossen —, der endlich mit der Thatsache bekannt wird, dafs jedes Volk diese Seuche auf eine Einschleppung zurückführte, einem fremden Volke zur Last legte und sie nach demselben benannte. Dieses Unerhörte, Erschütternde, Explosionsartige in der Erscheinung der Syphilis am Ende des fünfzehnten Jahrhunderts, welches auch von keinem Historiker geleugnet wird, ist nun eben dasjenige Moment, welches bei den Pathologen die Lehre von einer Altertumssyphilis stets in Mifskredit brachte. Es ist ein entschiedenes Verdienst von Bloch, diesem kulturhistorisch bedeutsamen Momente durch eine ausführliche, liebevolle Darstellung endlich zu seinem vollen Rechte verholfen zu haben. Er verfällt nicht in den Fehler mancher seiner Vorgänger, irgend welche überlieferte Jahreszahlen höher einzuschätzen als die damit verknüpften Thatsachen, jenen Fehler einer rein chronologischen Beweisführung, welche von den Freunden der Altertumssyphilis oft zum Schaden der Darstellung geübt worden ist. So wurde beispielsweise von den Zeitgenossen des Syphilisausbruches, soweit sie in astrologischen Theorien befangen waren, gerne das Jahr 1483 wegen seiner merkwürdigen Konstellation als eine entfernte Ursache der Seuche angegeben und daraus von neueren Historikern der unrichtige Schlufs gezogen, die Zeitgenossen hätten die Syphilis schon 1483, also lange vor dem Zuge Karl VIII. nach Italien beobachtet, Wie in diesem Punkte, so hat Bloch in allen anderen sporadischen Nachrichten über syphilisähnliche Erkrankungen kurz ante bellum italicum, welche von Proksch u. a. gegen einen plötzlichen ersten Ausbruch der Syphilis in Europa in den Jahren 1493 und 94 u. ff. geltend gemacht werden, Irrtümer nachgewiesen, die zum Teil den alten Schriftstellern selbst, zum Teil aber auch den neueren Historikern zur Last fallen. So wird der Leibarzt Alexanders VI., der Spanier Pedro Pintor von Proksch als Gewährsmann für die Existenz der Syphilis im Jahre 1483 angeführt; das ausführlichere Citat von Bloch ergiebt aber ganz offenbar, dafs Pintor die Seuche erst von 1494 an als eine ganz neue Krankheit (quidam morbus ignotus) wüten sieht. Die Angabe des Schriftstellers und Geistlichen Francesco Delicado, welcher an einer Stelle die Syphilis schon 1488 in Italien auftreten läfst, entpuppt sich als ein Schreibfehler, da derselbe Autor an mehreren anderen Stellen die Krankheit mit dem Zuge Karls (1494—95) in Verbindung bringt. Derselbe Fehler wird dem schweizerischen Chronisten Gabriel

Walser, dem brandenburgischen Chronisten Engel und mehreren anderen Chronisten jener Zeit nachgewiesen. Noch bedenklicher aber für die Pseudoexistenz der Syphilis in Europa vor 1493 ist die Entlarvung der beiden Hauptgewährsmänner für jene, des Mainzer Professors Bodmann und des Petrus Martyr. Die Angaben des Ersteren sind schon von dem Historiker v. Hegel als absichtliche Fälschungen erkannt, ebenso wie die Chronologie des Letzteren von Leopold v. Ranke. So bröckeln schliefslich unter den Händen Blochs alle Bausteine in Nichts auseinander, welche als historische Beweise einer europäischen Syphilis kurz vor dem Zuge Karls bisher gegolten haben und wenn ich es in meiner Anzeige des Prokschschen Werkes als eine nächste Aufgabe der Syphilisforschung bezeichnete, die Natur dieser einzelnen Nachrichten aufzuklären, so hat Bloch jene Aufgabe befriedigend gelöst; diese Nachrichten bilden hinfort keinen störenden Faktor mehr in der Geschichte der Syphilis.

Wenn nun aber als Resultat der diesbezüglichen Forschungen von Bloch die Neuzeitlichkeit der Syphilis für Europa und das Jahr 1494 für Italien, 1493 für Spanien, 1495, 1496 u. ff. für die übrigen Länder Europas als Geburtsjahr feststeht, so erhebt sich mit viel gröfserem Ernst als bisher die Frage nach dem wirklichen Ursprung, nach der Heimat der Syphilis. So lange eine Existenz der Syphilis in Europa und Asien seit Urzeiten von vielen Forschern angenommen wurde, war die oft, so noch neuerdings von Binz warm verteidigte, amerikanische Herkunft der Syphilis eine unwesentliche Theorie, über welche die Historiker mit wenigen kritischen Bemerkungen glaubten hinwegkommen zu können. Für Bloch wird sie natürlich zu einer Hauptfrage. Nachdem die Kritik entgegenstehender Angaben von Zeitgenossen den Boden für diese Theorie gereinigt und vorbereitet, vernehmen wir mit stets wachsendem Interesse die Erzählungen der Gewährsmänner für den amerikanischen Ursprung der Syphilis, des Arztes Diaz de Isla, des Hofmanns und Litteraten Oviedo und des Geistlichen Las Casas, welche sämtlich als Augenzeugen die (uralte) Existenz der Syphilis in einer milderen Form unter den Indianern Westindiens behaupten und den Ausbruch der Syphilis in Europa mit den Entdeckungsreisen von Columbus in einen selbstverständlichen Zusammenhang bringen. Nachdem Bloch gezeigt hat, dafs unter den übereinstimmenden Nachrichten der italienischen Schriftsteller jener Zeit über die Explosion der Seuche in Italien 1494 einzelne Angaben auf ein etwas früheres Bestehen derselben in Spanien hinweisen, erhalten wir die ausführlichen Dokumente der spanischen Schriftsteller, welche die Einschleppung in Spanien durch die Schiffsmannschaft des Columbus erkennen lassen. Für diesen Teil seines Werkes hat Bloch aus den Arbeiten des spanischen Militärarztes Bonifacio Montejo (1825—1890) die wichtigsten Angaben entnommen, welchem Manne mithin unter den Syphilisforschern ein hervorragender Platz eingeräumt werden mufs. Dieser Teil des Blochschen Werkes, welcher gleichsam zum ersten Male die dunkle Kehrseite der Entdeckung Amerikas in eine grelle Beleuchtung rückt, ist nicht nur für jeden Historiker interessant und wertvoll, sondern für jeden denkenden Arzt und Hygieniker ein hochwichtiges Kapitel und sichert dem Werke allein den Dank aller, welche sich für die Geschichte, das Entstehen und Vergehen der Krankheiten interessieren. Bloch geht aber noch weiter. Nachdem die präcolumbische Existenz der Syphilis in Haïti festgestellt ist, macht er uns nach den Nachrichten des Franciskanerpaters Bernardino de Sahagun auch mit dem aztekischen Nanauatl bekannt und dem Tepeu der Quichéindianer Guatemalas. Wenn diese Krankheiten wirklich, wie Bloch annimmt, mit Syphilis identisch sind und deren präcolumbische Existenz auf dem Festlande von Amerika beweisen, so mufs man allerdings zugeben, dafs sich kein gröfserer Gegensatz denken läfst als zwischen der Bekanntschaft der Menschheit mit der Syphilis in Amerika und Europa. Dort (in Mexiko) eine stattliche Reihe

längst eingebürgerter Namen für die ganze Krankheit und einzelne Symptome, hier eine allgemeine Verlegenheit über die richtige Art der Benennung, dort eine Fülle von altbekannten Heilmitteln, hier zunächst eine völlige Ratlosigkeit der Therapeuten, dort eine wie selbstverständliche Beziehung auf geschlechtliche Primärleiden, hier beim ersten Bekanntwerden eine energische Trennung von den bisher allein bekannten, lokalen Genitalleiden, dagegen eine bis zu den Sternen greifende phantastische Ätiologie.

Wenn ich den von Bloch gegebenen Nachrichten über die altmexikanische Syphilis noch einigermafsen reserviert gegenüberstehe, ohne im mindesten behaupten zu wollen, es könne sich dabei nicht um Syphilis handeln, so möge mich der Autor recht verstehen. Derselbe teilt in der Vorrede mit, dafs der zweite Teil des Werkes den Nachweis der Nichtexistenz einer Altertumssyphilis in Europa nach allen Richtungen erbringen werde. So sympathisch mich diese Ankündigung von Seiten eines Historikers berührt, so mufs ich doch sagen: was den alten Römern, Griechen und Indiern recht ist, ist den Mexikanern billig. Auch diese wollen mit demselben strengen, pathologischen Mafsstabe gemessen werden wie jene und nicht blofs mit dem philologisch-linguistischen. In seiner Freude über das syphilisähnliche Nanauatl auf dem Festlande von Amerika scheint Bloch, wie mir scheint, ganz zu vergessen, dafs diese Nachrichten zunächst doch nur als sehr einseitige Schilderungen der Syphilis aufgefafst werden können, — wo z. B. schon besondere Namen für das grofspustulöse und kleinpustulöse Syphilid existieren, müfste man doch auch einen für hereditäre Syphilis erwarten — und bei ihnen das ausschlaggebende, kulturhistorisch bedeutsame Moment der Erzeugung schwerer Syphilisformen beim ersten Zusammentreffen der Altmexikaner mit Europäern in litterarischen Dokumenten noch nicht festgelegt erscheint. Gerade durch dieses ist uns ja die präcolumbische Syphilis von Haïti, von der wir symptomatisch noch viel weniger wissen, epidemiologisch so glaubwürdig gemacht. So dankenswert und anregend mithin die Nachrichten über toltekische Altertumssyphilis erscheinen, so wenig stehen sie heute schon für die Lehre vom Ursprunge der Syphilis auf einer Höhe mit den weltgeschichtlich bedeutsamen Nachrichten der Zeitgenossen des Columbus über die Einschleppung der Syphilis in Europa. Es scheint mir für die zukünftige Forschung auf diesem Gebiete nicht nur darauf anzukommen, weitere rein litterarische Funde bei den alten Mexikanern und Peruanern zu erheben, als an Ort und Stelle über das Verhalten der Syphilis bei den Resten von amerikanischen Eingeborenen Untersuchungen zu veranstalten. Liefse sich bei diesen heute noch eine ungewöhnlich milde Form der Syphilis nachweisen, so wäre für das Verständnis der Entwickelungsgeschichte der Lustseuche viel gewonnen.

Unna.

Medizinal-Kalender 1902. (August Hirschwald, Berlin 1902.) Als erster der alljährlich erscheinenden Kalender gelangte der wohl allen Kollegen persönlich bekannte Medizinalkalender in unsere Hände. Ihm jetzt noch empfehlende Worte mit auf den Weg zu geben, dürfte sich bei der Beliebtheit des genannten Werkes erübrigen. Erwähnen wollen wir nur, dafs das Taschenbuch von sehr handlichem Format ist und nicht mit allerhand unnötigem Krimskrams vollgepfropft ist, sondern wirklich nur den praktischen Bedürfnissen Rechnung trägt.

Als empfehlenswerte Änderung im Personalkalender würden wir die vollständige Durchführung der Angaben des Vornamens und Wohnortes im Register vorschlagen; teilweise ist dies bereits geschehen. Es erleichtert diese Änderung das Nachschlagen und Aufsuchen eines Namens wesentlich. Doch soll dies kein Tadel sein, denn das Werk steht über einem solchen. Alle Kollegen seien auf das Erscheinen des Kalenders aufmerksam gemacht. *P. Taenzer-Bremen.*

Pathologie der blennorrhoischen und venerischen Lymphgefäfs-Erkrankungen. Eine ätiologisch-anatomische Studie von G. Nobl. (Franz Deuticke, Wien und Leipzig, 1901.) Unsere Kenntnisse bezüglich der den venerischen Lymphgefäfs-Erkrankungen zu Grunde liegenden pathologisch-anatomischen Verhältnisse sind bis jetzt recht mangelhafte und unbestimmte gewesen. Um Klarheit über das Wesen dieser nicht gar seltenen Affektionen zu verschaffen, hat der Verfasser in 9 Fällen von Lymphangitis blennorrhoica, 11 Fällen von syphilitischer Lymphstrangsklerose am Penis und 6 Fällen von venerischer, i. e. im Gefolge von venerischer Helkose aufgetretener Lymphgefäfserkrankung die erkrankten Lymphgeflechte des Penisrückens bald in ihrem dorsalen Strangsegmente, bald in Verbindung mit den coronaren Wurzelästen reseziert, bezw. extrahiert und das so gewonnene reichhaltige Material aufs gründlichste untersucht. Die Befunde werden in dem vorliegenden Werke nach einer eingehenden geschichtlichen und anatomischen Einleitung einzeln und ausführlich dargestellt. Auf Grund seiner Untersuchungsergebnisse charakterisiert Nobl die drei Arten von venerischen Lymphgefäfserkrankungen in folgender Weise: I. Die im Verlaufe der akuten Urethralblennorrhoe des Mannes auftretenden entzündlichen Strangformationen am Gliedrücken und der Coronarfurche stellen eine selbständige, entzündliche Erkrankung der superfiziellen Lymphgefäfse dar, an deren Alteration, von den umgebenden Bindegewebsschichten abgesehen, keine weiteren Texturen partizipieren. Die Veränderung dieser extraparenchymatösen Lymphgefäfse ist vorwiegend als eine proliferierende und exsudative Endolymphangitis zu bestimmen, welche Innenwandalteration stets auch mit einer analogen, wenn auch minder intensiven Läsion der Adventitia, d. h. mit einer Perilymphangitis einherzugehen pflegt. Der sich an den Lymphbahnen abspielende Entzündungsprozefs weist stets einen akuten exsudativen Charakter auf, und sind im Verlaufe der Affektion weder regressive Veränderungen im Sinne einer Suppuration, noch die Anzeichen einer Organisation der Entzündungsprodukte zu gewahren. — Die blennorrhoische Lymphangitis stellt eine spezifische Alteration der Lymphgefäfse dar, welche durch den Gonococcus verursacht wird. Die mit dem Lymphstrome aus den urethralen Entzündungsherden fortgeschwemmten spezifischen Mikroorganismen äufsern ihr entzündungerregendes Vermögen gegenüber der endothelialen Auskleidung der Gefäfse und sind häufig in der Proliferationszone der Innenschicht und den exsudativen Intimaauflagerungen nachzuweisen. Anderweitige Mikroorganismen, namentlich jene aus der Gruppe der pyogenen Krankheitserreger scheinen für die Provokation der blennorrhoischen Lymphangitis nie in Frage zu kommen. Solche sind weder auf mikroskopischen Wege in den Krankheitsprodukten nachzuweisen, noch gelingt es, Repräsentanten dieser Kategorien aus den verimpften Lymphgefäfsen auf Nährböden zu züchten. — II. Die im Initialstadium der Syphilis am männlichen Gliede auftretende sklerosierte Strangformation ist als eine kombinierte Läsion der subkutanen Texturen zu betrachten, welche von den spezifisch alterierten superfiziellen Lymphgefäfsen ihren Ausgang nimmt. Die Entzündung der Lymphgefäfse stellt eine zur Verengerung der Lichtung führende, von der proliferierenden Endothelialschicht ausgehende Endolymphangitis obliterans dar, welche stets mit bedeutenden infiltrativen Veränderungen der Adventitia, des umspinnenden nutritiven Kapillarnetzes, sowie des perivaskulären Zellgewebes einhergeht. Der sich in den adventitionellen Hüllen, sowie in der Umgebung derselben abspielende Entzündungsvorgang ist mit einer bedeutenden Hyperplasie des fixen Bindegewebes verbunden und ist als produktive und infiltrative Peri- und Paralymphangitis anzusprechen, welche von der gleichen Alteration der Vasa nutritia ihren Ursprung nimmt. Die Erkrankung der Lymphgefäfse scheint mit der charakteristischen, neoplastischen Intimawucherung selbständig einzusetzen und später das

perivaskuläre Kapillarnetz und die Adventitia in Mitleidenschaft zu ziehen. Die weiteren Elemente der Stränge werden seitens des lockeren, subkutanen Zellgewebes mit Ausschluſs der gröſseren Blutgefäſse beigestellt, dessen sklerosierte, verdichtete Fibrillenzüge mächtigen, von gröſseren präkapillaren Gefäſsen ausgehenden Infiltrationskolonnen als Stützgerüste dienen und in Form breiter Säume die alterierten Lymphbahnen umschichten. Die in die äuſseren Hüllen der alterierten Lymphgefäſse und in die umschichtenden Texturen eingelagerten derben Infiltrate zeigen dem Baue und Charakter nach ein analoges Verhalten mit der initialen Sklerose. Die im Verlaufe der sklerosierten Stränge sich gelegentlich bildenden knotigen Erweichungsherde stehen mit den erkrankten Lymphgefäſsen in inniger Beziehung und ist die Einschmelzung dieser hyperplastischen Gebilde im Sinne einer regressiven Metamorphose zu deuten. Blutgefäſse höherer Ordnung sind nie an der strangförmigen Gewebsinduration beteiligt, wie denn auch in dieser Phase der syphilitischen Infektion weder an den extraparenchymatös verlaufenden Arterien, noch an gröſseren venösen Gefäſsen irgendwelche Anzeichen einer spezifischen, entzündlichen Alteration zu vermerken sind. — III. Die als Lymphangitis dorsalis penis bekannte Komplikation der venerischen Helkose ist als eine selbständige, entzündliche Affektion der superfiziellen, in die Leistendrüsen mündenden Lymphgefäſse aufzufassen. Die Läsion stellt eine akute, exsudative Endolymphangitis vorzüglich der medianen Hauptäste dar, zu welcher sich erst eine mäſsigere Alteration der Adventitia und des perivaskulären Bindegewebes in Form einer infiltrierenden Peri- und Paralymphangitis hinzugesellt. Die Intimaläsion ist meist durch einen eiterig-fibrinösen Charakter ausgezeichnet, von welcher Membran aus die Suppuration unter Auflösung der Gefäſswände auch in das paravaskuläre Bindegewebe übergreifen kann. Die Vasa nutritia weisen stets eine intensive Mitbeteiligung an dem Entzündungsvorgange auf und durchsetzen mit ihren infiltrierten Ausläufern die Media und Adventitia der alterierten Lymphbahnen. An der Provokation der venerischen Lymphangitis scheinen nebst den für spezifisch erachteten Mikrobien und ihren Stoffwechselprodukten auch die pyogenen Mikroorganismen beteiligt zu sein.

Imponiert die vorliegende Arbeit von vornherein dadurch, daſs das zu Grunde gelegte Material im Verhältnis zu den bisher verliegenden Untersuchungen sehr reichhaltig ist, so verdient insbesondere die überaus groſse Sorgfalt und Gründlichkeit, mit der die histologischen Untersuchungen ausgeführt sind, nicht minder aber die verständnisvolle Würdigung und Beurteilung der gemachten Beobachtungen volle Anerkennung. Nobl hat mit seiner Arbeit ein wirklich verdienstvolles Werk geschaffen.

Götz-München.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Merkurielle Erscheinungen im Munde, von Anton Lieven. (*Wien. med. Wochenschr.* 1901. No. 15.) Merkurielle Erscheinungen im Munde können bewirkt werden durch die Art resp. Applikation des Quecksilberpräparates oder durch besondere Empfänglichkeit des Organismus, seien dieselben konstitutioneller oder lokaler Natur. — Als besonders leicht zur Stomatitis führend wird allgemein die Injektion

unlöslicher Salze bezeichnet. Verfasser will von diesen das Hydr. salicyl. ausnehmen, welches ungefährlicher zu sein scheint. — Innerlich verordnete Quecksilberpräparate stehen im Rufe grofser Harmlosigkeit; nur bei sehr lange Zeit, 1—2 Jahre, fortgesetztem Gebrauch rufen sie, wenn auch nicht akut Mundveränderungen hervor. Stark salivierend ist nur Kalomel. — Was die Patienten betrifft, so neigen die Frauen mehr zu Stomatitis als die Männer. Für alle giebt es eine „Grenzdosis", der die therapeutisch wirksame Dosis sehr nahe liegt und der man deshalb auch möglichst nahe zu kommen suchen mufs, ohne sie zu überschreiten. Einzelne Individuen bekommen selbst bei der gröfsten Dosis keine Stomatitis, lassen dann allerdings auch gewöhnlich die Heilwirkung vermissen. Sehr disponiert zur Stomatitis sind anämische Patienten und an tropischer Malaria Leidende. Chronische Obstipation bedingt leicht Stomatitis mercurialis. Menschen ohne Zähne bekommen keine Stomatitis, welche wiederum häufig auftritt bei Zahnsteinablagerung. Kariöse Zähne haben keine Bedeutung, wofern sie nur keine Komplikationen seitens der Schleimhaut und des Alveolarfortsatzes bedingen. Die sogenannte Interdentalfalte an der Wangenschleimhaut ist keine Prädilektionsstelle; vielmehr sitzen die erkrankten Stellen an der Wange oberhalb und unterhalb dieser Falte, erscheinen als Abdrücke der Zähne. Besonders gerne affiziert ist die Gegend hinter den oberen Schneidezähnen und hinter dem letzten unteren Zahn. Für die leichteren und stärkeren Formen der Salivation mufs man verschiedene Ursachen annehmen; erstere ist eine reflektorisch durch Stomatitis hervorgerufene Hypersekretion, letztere beruht auf einer toxischen Affektion der sekretorischen Nerven. Jedenfalls ist die Salivation etwas sekundäres; der geringe Quecksilbergehalt im Speichel ist bedeutungslos, behandelt man doch Merkurialgeschüre vorteilhaft mit Sublimat. Sicher spielen auch die Bakterien eine Rolle, indem sie eine sekundäre Infektion bedingen. Die Hg-Nekrose ergreift besonders leicht das Epithel und die Blutgefäfse. Die Alteration der Blutgefäfse spricht auch bei den Mundgeschwüren mit, die eine starke Hyperämie oder eine starke Anämie der Schleimhaut einleitet. Der von französischen Autoren Herpes mucosae oris, als Folgeerscheinung langdauernder, interner Darreichung von Quecksilber beruht wohl auch auf Zirkulationsstörungen. — Zwei Beobachtungen beschliefsen die Arbeit.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Schwere polypöse Colitis, entstanden durch Ausführung von Quecksilbereinreibungen, von Wm. Egbert Robertson. (*Intern. Med. Magaz.* 1901. No. 9.) Ein 44jähriger Mann war fast drei Jahre Wärter bei einem Tabiker und führte an ihm die Quecksilbereinreibungen aus. Es stellte sich bei ihm Speichelflufs und Diarrhoe ein, er wurde anämisch, magerte ab, verlor die Haare, bekam Schmerzen in Knochen und Gelenken, der Atem wurde übelriechend, das Zahnfleisch schwoll an, kurz es bildete sich bei ihm eine schwere, merkurielle Kachexie aus; er starb schliefslich unter peritonitischen Erscheinungen. Die Sektion ergab chronische, adhäsive Peritonitis, der Dickdarm war in seiner ganzen Ausdehnung der Sitz hochgradiger Geschwürsbildungen, zwischen welchen sich vielfach Inseln von mehr oder weniger hypertrophischer Schleimhaut und polypöse Wucherungen fanden; im Colon descendens und der Flexur mehrere Perforationen; starke Verdickung des untersten Rektumabschnittes mit tiefen Ulcerationen. Trübe Schwellung der Nieren, kleine nekrotische Herde in denselben.

A. Loewald-Cassel.

Einige Bemerkungen zur therapeutischen Verwendung des Jodalbacids, von P. Meissner-Berlin. (*Med. Woche.* 1901. No. 21.) M. empfiehlt Jodalbacidchokolade-Tabletten, welche sehr angenehm zu nehmen sind, und in denen sich das Jod in so feiner Verteilung in der Chokolade befindet, dafs bei der dadurch erreichten

grofsen Oberfläche die Zerlegung im Organismus viel müheloser und gründlicher erfolgen kann. Im Jodalbacid ist das Jod so fest im Eiweismolekül gebunden, dafs die Zerlegung nur langsam erfolgen kann, wodurch Jodismus vermieden wird. Das Jodalbacid ist nur da nicht am Platze, wo es sich um eine rapide Jodwirkung (Hirngummata) handelt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die Anwendung und therapeutischen Indikationen des Jodipins, von E. Wilh. Baum-Halle. (*Therapeut. Monatssh.* Juni 1901.) Verfasser bestätigt die bisherigen günstigen Erfahrungen mit innerlicher und subcutaner Anwendung des Jodipins bei Syphilis und empfiehlt es aufserdem zur Anwendung bei Ischias. *A. Loewald-Cassel.*

Jodismus und Jodoformismus. Beitrag zur Kenntnis der Arzneiexantheme, von A. Calandra. (*Il Morgagni.* 1901. No. 6.) Während Leredde in der Frage von der Pathogenese des Jodismus gegenüber der nervösen Theorie (Idiosynkrasie) durch die andere zu ersetzen sucht, welche eine Störung in der Zirkulation und im Blute selbst annimmt, glaubt Verfasser, dafs die erstere nicht vollständig fallen gelassen werden dürfe und jedenfalls neben der ersteren weiter bestehen bleiben müsse. Er glaubt, dafs man einst dahin gelangen müsse, die toxischen Dermatosen nervösen Ursprungs von denjenigen vollständig zu trennen, welche sich auf Zirkulationsstörungen zurückführen lassen. *C. Müller-Genf.*

„Jodylin", Ersatzmittel für Jodoform! Der antiseptische und therapeutische Wert derselben, von J. W. Frieser-Wien. (*Allg. med. Centralstg.* 1901. No. 55.) Jodylin wirkt weder toxisch noch reizend, ist von ausgezeichnetem bakteriocidem, antiseptischem, sowie sekretionswidrigem und schmerzstillendem Einflusse, befördert die Granulations- und Narbenbildung, ist im Gegensatz zum Jodoform nahezu geruchlos. Verfasser hat das Präparat als Streupulver, in Salbe und als Jodylingaze bei einer grofsen Reihe von Erkrankungen mit stets günstigem Erfolge angewendet. Es ist ein hellgraues, feines, leicht verteilbares und haltbares Pulver, das dem Jodoform namentlich wegen seiner Reizlosigkeit, der stärkeren baktericiden Wirkung und der Geruchlosigkeit vorzuziehen ist; über die chemische Zusammensetzung wird nichts Näheres angegeben. (Das Bedürfnis nach einem neuen Ersatzmittel des Jodoform hat wohl kaum vorgelegen. Ref.) *A. Loewald-Cassel.*

Über die Anwendung von kakodylsauren Salzen bei Hauterkrankungen, von Edmund Saalfeld-Berlin. (*Therap. Monatsh.* 1901. No. 6.) Da die gebräuchlichen Arsenpräparate innerlich nicht selten schlecht vertragen werden und subcutan bisweilen unangenehme Nebenerscheinungen machen, prüfte Verfasser die in Frankreich schon einige Jahre therapeutisch verwerteten, unter dem Namen Arsycodile hergestellten Kakodylpräparate bei etwa 50 Patienten mit den verschiedensten Hautleiden. Die Kakodylsäure enthält reichlich (54,3%) Arsen in organischer Verbindung und kann in der Form des Natronsalzes in beträchtlichen Dosen ohne üble Nebenwirkungen vertragen werden. Verfasser benutzte zu seinen Versuchen Arsycodile und das noch einen Eisenzusatz enthaltende Ferricodile, und zwar innerlich in Pillen à 0,025 (1—2 pro dosi, 4 pro die) oder in 5% Lösung (10—20 Tropfen pro dosi, 40 pro die), subcutan täglich je eine Ampulle mit 1 ccm einer 5% sterilisierten Lösung Inhalt, und rectal entweder in gleicher Form wie subcutan, 1—2 Ampullen täglich, oder 1—2 Suppositorien à 0,06. Bei innerlichem Gebrauch machte sich, namentlich bei anämischen Individuen, der Knoblauchsgeruch des Atems unangenehm bemerkbar; über Belästigung des Magens wurde nur von

einer hysterischen Patientin geklagt, sonstige Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet. Einen besonderen Vorzug sieht Verfasser in den Ampullen mit sterilisierten Einzeldosen, die eine bequeme Anwendung der so wirksamen Injektionsmethode gestattet, ohne dafs unangenehme lokale Erscheinungen zu befürchten sind. Ein Vorteil, der besonders bei chlorotischen Personen sehr ins Gewicht fällt, ist der, dafs man mit Ferricodile-Injektionen Arsen in Verbindung mit Eisen subcutan verabfolgen kann. — Aus einigen Krankengeschichten von Patienten mit Psoriasis, Pruritus, Lichen planus und Herpes Iris geht hervor, dafs die Injektionen stets gut vertragen wurden, wenn 8—10 Tage hintereinander injiziert und dann eine ebensolange Pause gemacht wird. Ein Rückgang der Krankheitserscheinungen, namentlich Nachlafs des Juckens, konnte meist sehr bald konstatiert werden. *A. Loewald-Cassel.*

Zur Anwendung der kakodylsauren Salze, von Rille-Innsbruck. (*Therap. Monatsh.* 1901. No. 9.) In dem Aufsatze „Über die Anwendung von kakodylsauren Salzen bei Hauterkrankungen" (*Therap. Monatsh.* 1901. No. 6) hatte Saalfeld erwähnt, dafs aus Deutschland, soweit ihm bekannt, bisher keine Veröffentlichungen über dieses Thema erschienen seien. Demgegenüber weist R. auf seine eigenen und seines Schülers Gyselman Veröffentlichungen hin und bemerkt, dafs auch von anderer Seite in Lehrbüchern und Fachjournalen bereits über Anwendung von Kakodylpräparaten berichtet worden sei. Verfasser hat neuerdings in einem Falle von Lichen ruber acuminatus und in einem Mischfalle von Lichen ruber acuminatus und planus Heilung mit subcutanen Injektionen von Natr. cacodyl. erzielt. *A. Loewald-Cassel.*

10% Lysoform-Dermosapol bei Psoriasis und Lupus, von Rohden-Bad Lippspringe. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 32.) Gelegentlich der Dermosapolinunktionen bei tuberkulösen und skrofulösen Affektionen machte Verfasser die Beobachtung, dafs Psoriasis, Lupus und Dermatomykosen dabei verhältnismäfsig rasch heilen. Er empfiehlt zur Behandlung dieser Hautleiden das Dermosapol (neutraler Leberthranbalsam), sei es rein, sei es in Zusammensetzung mit Lysoform (10%), Peruol oder Jodkalium, und zwar sollen stets gleishzeitig mit der lokalen Anwendung systematische Allgemeininunktionen (täglich zweimal einen Theelöffel voll eine Minute lang, auf Brust, Bauch und Rücken) verbundeu werden. Vorzüge des Mittels sind leichte Resorbierbarkeit, relative Reizlosigkeit, saubere Handhabung und Fehlen des widrigen Leberthrangeruches. Die Präparate sind aus der Engelapotheke, Mülheim a. d. R., zu beziehen. *A. Loewald-Cassel.*

Beitrag zur „Orthoformvergiftung", von Herrmann-Posen. (*Therap. Monatsh.* März 1901.) Bei Behandlung von Unterschenkelgeschwüren mit Orthoform sah Verfasser unter 20—30 Fällen 5mal gangränösen Belag der Geschwüre und einmal am sechsten Tage der Behandlung bei einer Patientin unter Fieber und Allgemeinerscheinungen „ein hochgradiges allgemeines Ekzem mit starker Knötchenschwellung der Haut, besonders auch des Gesichtes und der Augenlider (aber ohne Blasen)", das in vier Tagen verschwand. Verfasser glaubt beobachtet zu haben, dafs in einzelnen Fällen nach einer unbestimmten Zeit, zuweilen plötzlich, der schmerzstillende Einfluls des Mittels nachläfst. Mit diesem Zeitpunkt scheinen die Nebenwirkungen einzusetzen, und das Mittel mufs dann ganz oder zeitweise ausgesetzt werden.
A. Loewald-Cassel.

Ein Fall von Orthoformvergiftung, von Gumbinner-Berlin. (*Therap. Monatsh.* März 1901.) Behandlung einer Verbrennung zweiten Grades des Handrückens mit Orthoformsalbe (2,0 : 20,0), prompte Linderung des Schmerzes und zunächst guter

Verlauf. Nach ca. 8 Tagen am Unterarm Blasenbildung mit übelriechendem Sekret, in den folgenden Tagen auch am Oberarm und im Gesicht, schliefslich am ganzen Körper; Ödem der Augenlider. Hohes Fieber. Orthoform als Streupulver steigerte die Symptome. Erst als das Orthoform dem Apotheker ausging und ein anderes Streupulver zur Verwendung kam, erfolgte Heilung. *A. Loewald-Cassel.*

Phenosalyl bei gummösen und varikösen Geschwüren, von ISCHITSCHERIN. *Wratsch.* 1901. No. 35.) Verfasser hat mit 10—35% Glycerin-Phenosalyllösung variköse und gummöse Ulcerationen behandelt und ist mit den Resultaten sehr zufrieden. *Arth. Jordan-Moskau.*

Über **therapeutische Versuche mit Pretrosapol und Petrosulfol,** von S. EHRMANN. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1901. No. 31.) Petrosapol ist ein seifenhaltiger, aus Petroleumrückständen dargestellter Körper von brauner Farbe, salbenartiger Konsistenz von hohem Schmelzpunkt, der deshalb beim Auflegen auf die Haut nicht zerfliefst, Petrosulfat ist ein in in Wasser lösliches Ammonsalz eines aus dem Tiroler Steintheer gewonnenen Öles; über dieses Präparat hat Verfasser bereits einmal berichtet. — Bei der Anwendung des Petrosapol hat Verfasser nie unliebsame Hautreizungen gesehen. Verordnet wurde es rein oder mit gleichen Teilen Vaselin gemischt bei chronischen Ekzemen, Prurigo, Seborrhoe, Psoriasis, Akne. Wo starkes Nässen bestand, mufsten Borsalbe oder 10% Petrosulfolsalbe vorausgeschickt werden, um die Epidermisierung einzuleiten. — Chronische Ekzeme am Unterschenkel und Scrotum erheischten folgende Mischung:

Ol. Rusc.	10,0
Petrosapol.	
Vaselin	ää 15,0
Zinc. oxyd.	10.

In Kombination mit weifsem Präcipitat leistet Petrosapol vorzügliche Dienste beim Ekzema seborrhoicum und bei der Psoriasis; bei letzterer mufs nur, wo dicke Schuppenauflagerung, eine verdickte Cutis vorhanden sind, Seifenwaschung vorausgeschickt werden. — Bei Akne ist eine 15% Resorcinsalbe, mit Petrosapol bereitet, sehr wirksam; es wird zur Nacht eingerieben, morgens abgewaschen. Dieselbe Kombination ist bei Herpes tonsurans zu verwenden. — Petrosulfol wird als 10% Lösung oder 10% Salbe resp. Paste verordnet; es wirkt baktericid und reduzierend. Dementsprechend ist es indiziert bei Sykosis, Furunkel, pustulösen Ekzemen. Zur Salbenbereitung kann Petrosulfol mit oder ohne Vaselin als Konstituens gewählt werden. Gewerbeekzeme reagieren sehr gut auf Petrosulfol, ebenso die Genitalekzeme bei gichtischer Diathese und Glykosurie. — Von den angegebenen Rezepten seien einige hervorgehoben:

Resorcin	2,0—9,0	*Petrosulfol*	10,0	*Petrosulfol*	10,0
Petrosapol		*Lanolin*		*Vaselin*	
Vaselin	ää 30,0	*Vaselin*	ää 40,0	*Petrosapol*	ää 50,0
—		*Zinc. oxyd.*		—	
Hydr. praecip. alb.	2,0—5,0	*Amyl.*	ää 10,0	*Epicarin*	5,0
		—		*Petrolan*	
Petrosapol	50,0	*Petrosulfol*	4,0	*Vaselin*	ää 50,0
		Ung. Casein	20,0—40,0		

Jessner-Königsberg i. Pr.

Weitere Erfahrungen mit dem löslichen Silber, von DWORETZKY. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1901. No. 35.) Gegen Staphylo- und Streptomykosen hat Verfasser das Argentum colloidale angewendet. Derselbe zitiert die in der Tierheilkunde mit

dem Silber, welches hier als endovenöse Injektion verwendet wird, bei einer Reihe von Infektionskrankheiten erzielten, bisher wenig beachteten Erfolge. Er rekapituliert auch die in der Menschenheilkunde von anderen Autoren gemachten Erfahrungen. In seinen eigenen, hier berichteten 10 Fällen handelt es sich um Lymphangitis, Phlegmone (2 Fälle), Mastitis, Erysipelas (3 Fälle), Bubo inguinalis c. ulc. moll. Furunculosis. — Appliziert wurde Ung. Crédé in Dosen von 1,0—3,0 pro die. — Die Fälle verliefen sehr günstig; die Bubonen kamen nicht zur Abscedierung. — Verfasser schliefst aus seinen und anderen Beobachtungen, dafs das Ung. Crédé zur Resorption gelangt, auf dem Wege des Blutstroms den Krankheitsherd erreicht, die Bakterien abtötet, deren Toxine unschädlich macht. Bei Phlegmone, Infiltrationen, Erysipel, Furunkulosis ist die Salbe indiziert, wofern es noch nicht zu erheblicher eitriger Einschmelzung und Nekrotisierung gekommen ist. Infektiöse Drüsenschwellungen werden durch lokale Applikation des Ung. Crédé rückgängig. — Hervorzuheben ist die absolute Unschädlichkeit des Heilmittels. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über „Teutonpräparate" und deren Verwendung in der Dermatologie, von Armin Vajda. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1901. No. 42.) Über die Zusammensetzung der in der Apotheke „zur weifsen Krone" zu Prag erzeugten Teutonpräparate ist nur wenig gesagt; danach bestehen sie aus Extraktion einer Reihe von Substanzen: Radix Bardanae, Cort. chin. succirubr., Herb. et radix urticae, Allium, Radix Petroselini, Acid. salicyl., Alum. pulv. et Acid. lacticum. — Es werden Flüssigkeiten in vier Konzentrationen bereitet, aufserdem eine Seife. — Verfasser hat bei Seborrhoe der Kopfhaut mit Effluvium capillorum folgendes Schema befolgt: gründliche Waschung des Kopfes mit Teutonseife, dann morgens und abends Präparat No. III, mittags No. IV einreiben; jeden zweiten oder dritten Tag Ölen; nach acht Tagen wieder Teutonseife. Bei dieser Behandlung Schwinden von Schuppen, Juckreiz, Haarausfall in spätestens vierzehn Tagen. Das Verfahren wird eine Zeitlang 1—2mal wöchentlich wiederholt. — Wo schon Alopecia seborrhoica besteht, wird das geschilderte Verfahren als Vorkur durchgeführt, darauf wird morgens und abends die kahle Haut mit Präparat No. I eingerieben; zur Nacht ein Prieſsnitzumschlag mit No. II, mittags aufserdem No. IV. Aufserdem soll der Arzt täglich selbst die Stellen mit in No. IV angefeuchteten Händen massieren resp. faradisieren. Die ersten Härchen kommen in 8—10 Wochen; die Behandlung mufs wenigstens 6—8 Monate dauern. (Wieviele Ärzte und Patienten dürften zu dieser komplizierten Kur mit dem viernummerigen Geheimpräparat bereit sein? Ist der vorhandene Arzneischatz wirklich so arm an Mitteln, die diesen Teutonen nachstehen? Für mich ist diese Publikation nichts Verlockendes. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Wirkung des Yohimbins auf den tierischen Organismus und über die Bedeutung des Alkaloids für die Behandlung der Impotenz, von M. D. Krawkoff. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1901. No. 22.) Yohimbin ist das Alkaloid der Rinde des Baumes Yambehou, der in den deutsch-südafrikanischen Kolonien wächst. Es ist ein Krystall, löslich in Alkohol, Äther, Aceton, Chloroform, schwer in Benzol, gar nicht in Wasser. Die Rinde wird in Südafrika als Aphrodisiacum gebraucht. Das Alkaloid wird in Tabletten (à 0,005) oder in Gestalt des löslichen Johimbin hydrochloricum (5—10 Tropfen einer 1% Lösung oder subcutan) bei Impotenz gebraucht. Es ist bisher eingehend pharmakologisch nur von Oberwarth untersucht. Verfasser hat in dieser Richtung experimentell gearbeitet. Er fand zunächst bei Fröschen, Kaninchen, Tauben, Hunden, dafs Yohimbin hauptsächlich auf das Centralnervensystem und die motorischen Ganglien des Herzens lähmend wirkt.

Ähnlich verhalten sich Kaninchen. — Auffallend ist die starke Hyperämie von Haut und Schleimhäuten. — Fiebernde Kaninchen werden durch Yohimbin entfiebert. Auch bei den anderen Tieren bewährte sich das Mittel als Antipyreticum. — Bemerkenswert ist der starke Blutzufluſs zu den Genitalien; dieselben schwellen an. Zu einer ausgeprägten Erektion kommt es selten. Diese Hyperämie wie diejenige der Körperdecke beruht auf einer Lähmung des Vasomotorencentrums. Der Blutdruck sinkt, was das Ausbleiben der Erektion erklärt. — Von einer spezifischen Wirkung auf die Geschlechtssphäre ist keine Rede. — Prüfungen an Menschen ergaben, daſs die vorschriebenen Dosen (0,005) nicht unschädlich sind. Schwere im Kopf, Übelkeit, Schwindel etc. stellen sich oft nach dem Einnehmen ein. Als Aphrodisiacum bewährte sich das Yohimbin in keinem Falle. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bemerkungen zur Wirkung des Yohimbin-Spiegel, von A. Loewy-Berlin. (*Ther. d. Gegenw.* Juli 1901.) Verfasser wendet sich zunächst gegen Krawkopf, der die Wirkung des Yohimbins als Aphrodisiacum bestritten hat, und stellt den negativen Erfahrungen K.s die positiven mehrerer anderer Forscher gegenüber. — Weitere Versuche des Verfassers an männlichen Hunden ergaben, daſs auch nach Kastration dieselben Dosen von Yohimbin in der gleichen Zeit Erektionen machten wie vor derselben. Die Annahme, daſs die Erektion reflektorisch durch Hodenhyperämie erzeugt werde, ist somit hinfällig geworden; es bleibt jetzt festzustellen, ob der Angriffspunkt des Mittels das Erektionscentrum oder der Penis selbst ist. Praktisch hat die vom Verfasser gefundene Thatsache die Bedeutung, daſs sie den Kreis der Anwendungsmöglichkeit des Mittels erweitert. Ist seine Wirkung beim kastrierten Menschen die gleiche wie beim kastrierten Tier, so wird man es in denjenigen Fällen anwenden können, in denen die Hoden zerstört sind oder ihre Entfernung notwendig geworden, damit zugleich aber eine Impotentia coeundi erzeugt worden ist.

A. Loewald-Cassel.

Angioneurosen.

Chininexanthem nach innerlichem Chiningebrauch, von Christian Groen. (*Norsk Magazin för Lægevidenskaben.* 1900. No. 12.) Die Chininexantheme gehören von allen Arzneiausschlägen zu den am längsten bekannten; die erste Litteraturzusammenstellung über diesen Gegenstand kommt von Köbner. Die Idiosynkrasie gegen Chinin kann angeboren sein, noch häufiger aber ist sie eine erworbene. Sie kann dem Chinin gegenüber begrenzt sein, kann aber auch gegen andere Arzneien bestehen.

Die Zeit, die zwischen der Einnahme des Chinins und dem Ausbruche des Exanthem liegt, beträgt nur wenige Tage.

Groen illustriert seine Ausführungen durch zahlreiche Krankengeschichten. Nicht nur die leichteren Exantheme, sondern auch Urticaria, Purpura mit nachfolgender starker Desquamation und begleitet von Fieber und sonstigen Allgemeinstörungen wurden beobachtet. Bekannt ist auch die Chininkrätze der Arbeiter, die mit der Herstellung des Chinins beschäftigt sind.

Therapeutisch werden juckstillende Puderungen und Waschungen empfohlen, z. B. von Huber die Aq. Burowii, von Johnston adstringierende Waschungen. Nach Verschwinden der Blasen Verordnung von Diachylon- und Zinksalbe; bei Chininkrätze Teeranwendung. Die wirksamste Prophylaxe ist natürlich die innerliche und äuſserliche Vermeidung aller Chininpräparate. *Taenzer-Bremen.*

Hautausschlag nach Tonsillotomie, von W. Wingrave - London. (*Lancet.* 31. Aug. 1901.) Nach Entfernung von Mandeln und von adenoiden Wucherungen im Nasenrachenraum hat W. (Laryngologe) in 7 Jahren 30 mal einen bemerkenswerten Hautausschlag konstatiert, teils papulös, teils als Roseola oder einfaches Erythem. Dasselbe trat meistens am zweiten oder dritten Tage nach der Operation hervor, nie später als am sechsten Tage; ergriff namentlich Hals und Brust und Abdomen, selten Gesicht und Extremitäten, verschwand wieder in 2—3, allenfalls 5 Tagen, ohne Abschuppung zu bewirken, gelegentlich aber mit lebhaftem Juckreiz. Die Altersgrenze der Patienten erstreckte sich von 14 Monaten bis 23 Jahren. Die Temperatur war nie irgendwie erheblich erhöht. Aufser etwa Salicyl und Bromkalium, das einige Patienten genommen hatten, kann nach W. nur die Operation die Schuld an der Affektion tragen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über rheumatische Ex- und Enantheme, von M. Behrend - Badenweiler. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 28.) Ausgehend von einem Falle von Erythema exsudativum multiforme, bei dem hauptsächlich die Schleimhaut des Gaumens, des Rachens und des Kehlkopfes ergriffen waren, bespricht der Verfasser die Ätiologie des Erythema exsudativum multiforme und des Erythema nodosum, die bei beiden Affektionen keine einheitliche zu sein scheint. Man wird nach Ansicht des Verfassers beide am besten als symptomatische Exantheme bei akuten Infektionskrankheiten auffassen. *Götz-München.*

Fall von gleichzeitigem Erythema multiforme und Erythema nodosum, von E. McCulloch-London. (*Lancet.* 20. April 1901.) Ein 15jähriger Knabe wurde mit je etwa fünf typischen Knoten von Erythema nodosum an den Unterschenkeln, sowie mit Gruppen von rötlichen Papeln im Gesicht aufgenommen. Letztere waren stecknadelknopf- bis kleinerbsengrofs, blafsten auf Druck ab, koalescierten zum Teil und bildeten im weiteren Verlauf Bläschen und Pusteln. Fieber bis 38° hielt 6 Tage lang an. Verfasser veröffentlicht den Fall als Bestätigung der Identität der beiden Affektionen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Erythema scarlatiniforme desquamativum, von C. K. Millard-Burton on Trent. (*Lancet.* 13. April 1901.) Ein 36jähriger Mann erkrankte bei geringem Fieber an einem von der Genitalgegend ausgehenden exquisit scharlachartigen und schnell den ganzen Körper überziehenden Ausschlag. Derselbe blafste bereits nach drei Tagen ab, und es trat eine intensive, auch grofse Fetzen bildende Abschuppung ein. Patient hat die gleiche Krankheit schon wiederholt durchgemacht. Sonst ist dieselbe in England entschieden eine Seltenheit. Therapie nur symptomatisch. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über eine besondere Form von Urticaria factitia bei der Sklerodermie, von Bettmann. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1901. No. 14.) Die beiden Fälle von Urticaria, welche hier beschrieben werden, zeichneten sich speziell durch die besonders lange Dauer der sie begleitenden Urticaria factitia aus, welche auf dem Thorax und dem Rücken durch die Nägel hervorgerufen wurde. Die Entwickelung und das Verschwinden dieser Urticaria waren ebenfalls äufserst langsame gewesen.
C. Müller-Genf.

Bericht über einen Fall von Raynaudscher Krankheit, von B. F. Lyle und J. E. Greiwe-Cincinnatti. (*Philadelphia med. Journ.* 10. August 1901.) Es handelte sich um einen 35jährigen Schneider, Alkoholiker, der zeitweilig auch psychische Störungen darbot. Die Hautläsionen zeigten sich in charakteristischer Weise zunächst

an den Füfsen als Erythem, dann Cyanose mit nachfolgender Blasenbildung und schwarzer Gangrän. Beteiligt waren auch die linke Hand, der Ellenbogen, Oberlippe, Kopfschwarte und Unterschenkel mit Gangrän resp. Geschwürsbildung. Als Todesursachen wurden durch Autopsie festgestellt: fibröse Entartung beider Lungenspitzen, Lungenödem, Hydropericard und Fettleber. Die Untersuchung der erkrankten Hautgebiete ergab neben Dilatation der Venen und reaktiver, kleinzelliger Infiltration der Gewebe als wesentlichstes Moment eine Verengerung des Lumens der kleinen Arterien durch Wucherung der Intima. Die gleiche Wucherung der Endothelialzellen fand sich auch an den Arteriolen der Pia mater des Rückenmarks und des letzteren selber. Aufserdem fanden sich sklerotische Partien in der weifsen Substanz in bilateraler, symmetrischer Anordnung. Auf bestimmte Stränge war diese Sklerose nicht beschränkt, doch waren von den hinteren Säulen die Gollschen fast ausschliefslich affiziert, während die Burdachschen nur ganz leichte Veränderungen zeigten. Das dorsale Gebiet war am stärksten beteiligt, weniger die Lenden- und Halsgegend. Diese Rückenmarksanomalien sind nicht als die Ursache des Hautleidens aufzufassen; vielmehr ist die Raynaudsche Krankheit als eine Erkrankung der Endäste der Arterien zu bezeichnen. Verfasser stützen diese ihre Auffassung mit einem Hinweis auf einen Bericht v. Recklinghausens, der ähnliche Skleroseherde auch in der Lunge nachwies.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von diffusem chronischen Hautödem, war von Rosin in der Sitzung am 29. Juli 1900 der Gesellschaft der Charité-Ärzte vorgestellt worden. In der Diskussion bemerkt Senator (*Berl. klin. Wochenschr.* 1901. No. 29), dafs solche Fälle von persistierendem Ödem ohne irgend welche nachweisbare Ursache ungemein selten sind. Er meint, dafs es sich um Hydrops renalis handeln könne, der sich klinisch durch nichts zu erkennen gegeben hat. Jedenfalls kann man nur annehmen, dafs eine enorme Durchlässigkeit der Gefässe, nicht blofs der Blut-, sondern auch der Lymphgefäfse im Spiele sein dürfte. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Physikalisch-chemische Untersuchungen über das Ödem, von Galeotti. (*Lo Sperimentale.* 1901. No. 3.) Verfasser hat an einer Reihe von Hunden Experimente über den Blutdruck gemacht und kommt dabei zum Schlusse, dafs zur Erzeugung von Ödem zwei Bedingungen nötig sind: eine rasche Zunahme des osmotischen Druckes im Blute und zweitens eine lokale Cirkulationsstörung in Gestalt von leichter venöser Stase. *C. Müller-Genf.*

Über einige Fälle von Blutung in der Haut und den Nebennieren, von P. P. Blaker-London und B. E. G. Bailey-London. (*Brit. med. Journ.* 13. Juli 1901.) Bei den vier hier mitgeteilten, sehr ungewöhnlichen Erkrankungen waren die wesentlichsten Punkte folgende: es handelte sich um Kinder im Alter von 7 Monaten bis 1 Jahr; die Affektion verlief ohne jegliche Vorboten im Laufe von meist weniger als 24 Stunden tötlich. Die Hauptsymptome waren Cyanose, Hämorrhagien von Stecknadelkopf- bis Pfennigstück-Gröfse, die an allen Teilen der Körperoberfläche im subkutanen Gewebe auftreten, Kollaps, etwas Rasseln über den Lungen und nur im Anfang Erbrechen und Diarrhoe. Die Autopsie ergab Blutergüsse in der Haut und in den Nebennieren und akute Schwellung der Peyerschen Plaques. Vielleicht handelt es sich um die Wirkung von unbekannten Toxinen. Gegen Cholera nostras Variola haemorrhagica, Haemophilie, Skorbut, an die Verfasser dachten, sprechen bestimmte Gegenbeweise. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Eine seltene Form von Purpura als Komplikation bei Diphtherie, von C. W. Buckley-Buxton. (*Lancet.* 21. Juli 1901.) Es handelt sich, wie B. meint, um einen Fall von Henochscher Purpura. Da das gegen die Diphtherie angewandte Antitoxin bei einer ganzen Reihe von andern Kindern keinerlei Komplikationen erzeugte, konnte dieses ätiologische Moment ausgeschaltet werden, wenn auch die Läsionen grofse Ähnlichkeit mit den auf diese Weise erzeugten aufwiesen. Bei dem 10jährigen Mädchen entwickelte sich 8 Tage nach der Injektion unter wiederholtem Erbrechen mit gelegentlichem Abgang von Blut per os und per anum eine reichliche Aussaat von dunkelbläulichroten Papeln an den Ellenbogen und zahlreichen Petechien auf den Nates. Der Ausschlag dehnte sich weiter aus unter Entwickelung von Bläschen und gröfseren Blasen; ferner trat zeitweilig eine erythematöse Rötung mit einzelnen Urticariaquaddeln hervor. Daneben zeigten sich Schwellung und Schmerzhaftigkeit an einigen Knochen und Gelenken, und auch das Herz war affiziert. Kein Fieber. Heilung nach mehreren Wochen erst. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über den bakteriologischen Befund bei der Purpura. (*Rivista critica di Clinica medica.* 1901. No. 19.) In Anbetracht des Umstandes, dafs bei Purpura die verschiedensten Mikroorganismen gefunden worden sind und deren immer noch neue entdeckt werden, läfst sich die pathogenetische Unicität der Purpura wohl mit Sicherheit ausschliefsen. Am vorsichtigsten verfährt man wohl gegenwärtig, wenn man mit Silvestrini und Baduel annimmt, dafs es eine wohl umschriebene Form von Purpura giebt, die durch Staphylokokken verursacht wird. Neben derselben giebt es eine Reihe von anderen, wo die Affektion durch dieselben Mikroorganismen verursacht wird, welche bei Tieren hämorrhagische Krankheiten erzeugen oder durch besondere, mit einer hämorrhagischen Diathese komplizierten pathologische Bedingungen des Organismus oder endlich durch, unter normalen Umständen nicht pathogene Bakterien, die es unter dem Einfluls besonderer noch gänzlich unbekannter Bedingungen werden. *C. Müller-Genf.*

Purpura chronica infolge Gefäfssklerose, von Gaucher und Lacapère-Paris. (*Presse méd.* 1901. No. 37.) Die Verfasser berichten über einen Fall von generalisierter chronischer Purpura auf Grund von Sklerose und Ruptur der Papillargefäfse bei einem 52jährigen Kranken. Seit mehr als 20 Jahren Varicen. Die ersten Purpuraflecke im Jahre 1880 an den Füfsen. Seit etwa einem Jahre Übergreifen auf die Schenkel, den Rumpf und den ganzen übrigen Körper. Starker, in der Bettwärme zunehmender Pruritus. Der vorliegende Fall ist der erste derartig generalisierte. Die Verfasser schlagen für die Affektion die Bezeichnung Purpura chronique de l'angio-sclérose vor. *Hopf-Dresden.*

Ein von Werlhofscher Krankheit, von W. N. Nikitin. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1901. No. 34.) Eine vorher gesunde, 23jährige Frau erkrankte im März 1901 mit Beschwerden beim Atmen durch die Nase, namentlich bei Rückenlage, Schmerzen beim Schlucken auf der linken Seite, allgemeinem Unbehagen und geringem Fieber; sehr rasch entwickelte sich eine Lymphdrüsenanschwellung in der linken Supraklavikulargrube. Objektiv unbedeutende Schwellung der Nasenmuskeln und der linken Tonsille. Kurz darauf bildete sich auf der Tonsille ein Geschwür mit diffusem grauem Belag, das andauernd blutete. 8 Tage später ausgedehnter petechiöser Ausschlag am ganzen Körper, dann Auftreten grofser subcutaner Extravasate an mehreren Stellen, Ecchymosen auf der Gaumenschleimhaut und den Konjunktiven, Blutungen des Zahnfleisches, nach einiger Zeit blutiges Erbrechen und blutige Stühle. Dabei trotz der Schwere des Leidens gutes subjektives Befinden bis kurz vor dem Tode,

der 3½ Monate nach Beginn der Erkrankung erfolgte. — Das Krankheitsbild hatte den Charakter einer akuten Infektion; die Eingangspforte des Giftes war vielleicht der Nasenrachenraum. *A. Loewald-Cassel.*

Scorbutus infantilis, von E. Cautley-London. (*Lancet.* 20. Juli 1901.) Kurzer Bericht über vier Säuglinge, bei denen skorbutische Erscheinungen, Parulis, Schwellungen und Empfindlichkeit an den Extremitäten, offenbar infolge von fortgesetzter Ernährung mit sterilisierter Milch resp. mit künstlichen Nährmitteln entstanden war. Heilung erfolgte unter Darreichung von ungekochter Milch (aufser in einem der Fälle) Fruchtsaft, Fleischsaft und Gerstenschleim. Verfasser verwirft den ausgedehnten Gebrauch der sterilisierten Milch; ein Kochen derselben ist aber in den grofsen Städten wegen der grofsen Gefahr sonstiger Infektion mit allerlei Keimen im allgemeinen nicht gut zu entbehren. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Peliosis rheumatica, von T. A. Rogers-Plattsburgh. (*Philad. med. Journ.* 24. Aug. 1901.) Verfasser meint, dafs das Vorhandensein eines Abscesses in der einen Mamma bei der 19jährigen Patienten von ätiologischer Bedeutung bei dem Hautleiden gewesen sein dürfte. Der Abscefs war drei Monate vor letzterem incidiert worden und war anscheinend gut ausgeheilt, aber 2—3 Wochen nach Ablauf der Peliosis öffnete sich die Wunde von selbst und entleerte etwas Eiter. Ferner waren intensive kolikartige Schmerzen im Abdomen mit Erbrechen und Obstipation eine ungewöhnliche Komplikation. Der Ausschlag war auf den Beinen lokalisiert (dunkelrote Petechien, Maculae, später Papeln), doch fanden sich auch einzelne Läsionen an der linken Brust. Patientin hatte zweimal geboren, zuerst 3 Jahre, zuletzt 4 Monate vor der Aufnahme. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

In der Société des Sciences médicales de Lyon (Sitzung vou 27. März 1901. Nach *Lyon méd.* 1901. No. 18.) schilderte Duquaire einen von ihm beobachteten Fall von **Peliosis rheumatica** bei einem 9½jährigen Kinde. Der Fall war charakterisiert durch das Auftreten von Purpuraflecken, gastro-intestinalen Störungen und Gelenkschmerzen. Sämtliche Krankheitserscheinungen verschwanden unter Bettruhe sehr rasch; doch trat im Anschlufs an Gehversuche noch zweimal Purpuraeruption und Schmerzhaftigkeit der Gelenke auf. Zehn Tage nach den letzten Attacke wurden blutig gefärbte Stühle entleert. *Göts-München.*

Traumatische Entzündungen.

Die Behandlung der Fissura ani, von Prof. Tillaux. (*Le Bulletin médical.* 1901. No. 41.) Die empfehlenswerteste Therapie dieser unter der dreifachen Erscheinung der Kontraktur, des Schmerzes und der Rhagade auftretenden Affektion besteht nach dem Verfasser in der forcierten Dilatation des Anus in der Chloroformanästhesie. *C. Müller-Genf.*

Eine Studie über Brandwunden, Vorschlag zu deren rationelleren Behandlung, von Frederic Griffith-New York. (*Med. News.* 24. August 1901.) Wie schon aus dem Titel hervorgeht, ist Gr. der Ansicht, dafs die Brandwunden zu jenen chirurgischen Verletzungen gehören, welche in der Praxis vernachlässigt werden, und begründet seine Meinung in sehr eingehender Weise unter Anführung verschiedener, tötlich oder mit schweren Folgen verlaufener Fälle. Gr. teilt die Brandwunden nach der Schwere in zwei Grade ein: solche ersten Grades, welche die Haut allein betreffen, und zweiten Grades, welche alle anderen tieferen Verletzungen einschliefsen. Rascher

Tod und innere Komplikationen nach Brandwunden treten durch die direkte Hitzewirkung, mit Fragmentierung und Veränderungen in den Blutkörperchen, ein; spätere Folgen kommen durch Infektion von der Brandwunde aus zu stande. Die lokale Behandlung der Brandwunden war schon seit den frühesten Zeiten darauf gerichtet, Reizung zu verhindern, aber Gr. glaubt, dafs die neuesten Fortschritte in der Wundbehandlung nicht diesem Prinzipe gefolgt sind. Die Brandwunde sollte möglichst von totem, verbranntem Gewebe gereinigt werden, je intensiver dies geschieht, desto geringer die Menge späterer Absonderung und desto geringer die Gefahr der Infektion. Zur Reinigung der Wunde empfiehlt Gr. aufs Wärmste Wasserstoffsuperoxyd (1 : 6 Aqu. dest.). Der Gebrauch von Schienen ist für einen verbrannten Teil von grofser Wichtigkeit und ebenso angezeigt wie bei Frakturen u. s. w. Die interne Behandlung bei Brandwunden ist eine stimulierende, bis die Reaktion von dem Skok eingetreten ist. Morphiuminjektionen, eventuell Kokain, Opium sind bei grofsen Schmerzen, inneren Entzündungszuständen und bei Diarrhoe angezeigt. Darm und Nieren müssen immer offen gehalten werden, zu ersterem Zwecke sind jedoch nur Einläufe anzuwenden; auf die ersten Anzeichen innerer Komplikationen ist genau zu achten. — Entzündungen der Lungen, des Rippenfells oder der Bronchien sind z. B. häufig bei Verbrennungen an der Brust. Der Zustand der Granulationen während der Heilung der Brandwunden ist der bestimmende Faktor für den Grad der Kontraktion und der nachfolgenden Deformität. Je ausgedehnter die Granulationen, je gröfser die Neubildung von Bindegewebe und je gröfser die Narbenzusammenziehung. Verfasser geht auch auf die Art der durch verschiedene Agentien (Elektricität, chemische Stoffe u. s. w.) bewirkten Brandwunden und auf die verschiedene Wirkung an den einzelnen Körperteilen ein, ebenso zieht er in das Bereich seiner Abhandlung die verschiedentlich geübten Behandlungsmethoden; als oft von grofsem Vorteil sind Hauttransplantationen (doch eine Errungenschaft der Neuzeit! Referent) und bei ausgedehnten Verbrennungen das Wasserbad hervorgehoben. *Stern-München.*

Ein Gelsenstich mit heftiger Reaktion, von R. Beck. (*Wien. med. Wochenschr.* 1901. No. 41.) Nach einem Gelsenstich war eine mehr als zweithalergrofse, durch Blutextravasation bedingte Schwellung aufgetreten, die eine ganze Woche anhielt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Einen Fall von Amyotrophie mit Retraktion der rechten Aponeurosis palmaris infolge von Verbrennung des linken Arms, beschreiben Jacquet und Simon. (*Bulletins et Mémoires de la Société médic. des Hôpitaux de Paris.* 16. Dezbr. 1898.) Es handelt sich um einen 69jährigen Mann, der sich im Alter von 18 Monaten den linken Arm mit heifser Fleischbrühe verbrannt hatte. 50 Jahre später bildete sich an der rechten Hand eine typische Dupuytrensche Kontraktur aus. Gleichzeitig konstatierte man bei der Untersuchung Amyotrophien des Gesichtes, des Halses und der linken Schulter, eine cervico-dorsale Skoliose mit linksseitiger Konkavität und eine linksseitige neuromuskuläre Hemihyperästhesie. Verfasser weist auf die Analogie dieses Falles mit den Experimenten von Gudden, Mayser, Erlitzky, Homén etc. hin, welche eine Rückwirkung der Nervendurchschneidung auf das Rückenmark wahrscheinlich erscheinen lassen. *C. Müller-Genf.*

Zur Behandlung der Brandwunden, von Schumann. (*Medico.* 1901. No. 14.) Verfasser lobt die Pulverbehandlung der Brandwunden, speziell Bismuthum subnitricum und Amylum zu gleichen Teilen, welche Mischung auf die gereinigte Fläche ohne Eröffnung vorhandener Blasen aufgestreut wird. Auch die Brandbinden sind brauchbar. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Karbolsäure bei Brandwunden, von Otto L. Muench-Washington. (*Med. News.* 24. Aug. 1901.) Das allgemeine Resultat bei Brandwunden, welche mit reiner Karbolsäure behandelt werden, ist vollständiger Luftabschluſs und Koagulation der serösen Absonderung; der Heilungsprozeſs soll dadurch mit viel geringeren Schmerzen und in einer kürzeren Zeit als durch irgend eine andere von M. angewandte Methode, zu stande kommen. Auf eine vor vielen Jahren von seiten eines Arztes gemachte Empfehlung hin wandte M. neuerdings die unverdünnte Karbolsäure an, sowohl bei kleineren wie ausgedehnten Brandwunden an und fand zu seiner Überraschung, daſs der Schmerz meist in 10 Sekunden schon aufhörte; die weiteren Resultate — an ein paar beobachteten Fällen, darunter sich selbst des Näheren erläutert — waren weder Blasen noch Schwellung oder Entzündung; die verletzte Haut ging in wenigen Tagen ab, hinterlieſs eine neue Haut und verursachte kein Unbehagen oder Schmerz zu irgend einer Zeit nach der Applikation. In Fällen, wo die Brandwunden ausgedehnter waren, applizierte M. noch über die Karbolsäure reines Vaselin und dann entsprechenden Verband. Aus den oben angeführten Gründen kann M. diese Methode nicht warm genug empfehlen, zumal die reine Karbolsäure viel weniger giftig wie die sehr verdünnte Lösung zu wirken scheine. *Stern-München.*

Ursachen der Karbolgangrän. Experimentelle Untersuchungen, von Franz Rosenberger. (*Verhandl. d. phys.-med. Gesellsch. zu Würzburg.* N. F. Bd. XXXIV.) Die Versuche führen Verfasser zu folgender Anschauung über das Wesen der Karbolgangrän: Die hygroskopische Karbolsäure zieht aus dem Epithel Wasser an, das Protoplasma wird koaguliert, die Zellen verlieren etwas an Volumen. Der Zellkern bleibt intakt. Die Gefäſswände werden zur Kontraktion gebracht, es kommt zur Stase und Thrombose in Blut- und Lymphgefäſsen. Die Folge davon ist Nekrose. Wo durch Bewegung ein fortgesetztes Durchströmen des Organs mit Blut herbeigeführt, kommt auch keine Nekrose zu stande, indem das Phenol vom Blutstrom ausgewaschen wird. Bei ruhiger Haltung entsteht Nekrose leichter, die Karbolresorption bleibt dann auch aus. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zwei Fälle von Karbolgangrän, von Fischer-Castrop. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 32.) Bei zwei sonst gesunden Brüdern, die sich selbst wegen geringfügiger Verletzung je eines Fingers mit dünnen, in Karbolwasser getauchten, leinenen Läppchen verbunden hatten, war, bei dem einen nach zwei, bei dem anderen nach drei Tagen, eine Karbolgangrän zu konstatieren. Bei beiden waren trotz der nur kurze Zeit währenden Applikation des Karbolwassers die zwei Endglieder der betreffenden Finger brandig geworden, so daſs die Finger exartikuliert werden muſsten. Die verwendete Lösung hatte eine Konzentration von 1,7%. Es lag scheinbar eine „familiäre Idiosynkrasie gegen Karbolsäure“ vor. *Götz-München.*

Eine durch arsenikhaltige Strümpfe erzeugte Dermatitis, von F. W. Tunnicliffe-London und O. Rosenheim-London. (*Lancet.* 27. April 1901.) Bei einem 9jährigen Knaben entwickelten sich im Anschluſs an das Tragen von neuen Strümpfen entsprechend der Ausdehnung derselben an jedem Unterschenkel je 10 bis 12 furunkelartige Knoten. Heilung erfolgte bei passender Behandlung in einigen Tagen, aber beim nochmaligen Tragen derselben Strümpfe trat wieder eine Knotenbildung hervor, trotzdem sie sorgfältig mit Soda gewaschen worden waren. Eine andere Patientin klagte über intensive Schmerzen in den Füſsen, nachdem sie ein paar Stunden lang neue schwarzgefärbte Strümpfe getragen hatte. Die chemische Untersuchung ergab einen recht erheblichen Gehalt an Arsenik, sowohl bei diesen wie bei einigen anderen

behufs Prüfung angekauften Strümpfen und Handschuhen. In England fehlt die in Deutschland bestehende gesetzliche Einschränkung der Verwendung von Arsenik in der Färberei. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von diffuser Dermatitis nach Hg-Einreibung, von Arkin. (*Wratsch.* 1901. No. 28.) Verfasser beschreibt eine Beobachtung von diffusem, scharlachartigem Exanthem nach der fünften Einreibung von 4,0 Ung. cinereum. Neben dem Ausschlag bestand hohes Fieber, grofse Schwäche und absoluter Mangel des Appetits. Stomatitis und Albuminurie fehlten. *A. Jordan-Moskau.*

Vorstellung eines Falles von Nagelerkrankung nach gewerblicher Quecksilbervergiftung, von Hans Hischfeld. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1901. No. 18.) In der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 27. März 1901 stellt H. einen Mann vor, welcher in einer Spiegelbelegerei arbeitete und eine schwere Erkrankung der Handnägel durch Quecksilbereinfluſs aufwies, welche starke funktionelle Störungen bewirken. Von den anderen dort thätigen Arbeitern weist keiner derartige Erscheinungen auf. Lassar hat ebenfalls einen ähnlichen Fall beobachtet.

Bernhard Schulze-Kiel.

Weitere Mitteilungen über Chlorakne, von Karl Herxheimer-Frankfurt a. M. (*Verhandl. d. Dermatol. Gesellsch.* Breslau 1901.) Nach den bisherigen Beobachtungen sind die Erkrankungen an Chlorakne in drei Gruppen zu teilen: die erste zeigt neben ausgebreiteter Hauterkrankung eine schwere Störung des Allgemeinbefindens, die zweite intensive Veränderungen auf der Haut ohne erhebliche Alteration des Allgemeinbefindens, bei der dritten kommt es nur zur Komedonenbildung. Es besteht also eine Analogie zwischen der Chlorakne und der durch Brom und Jod hervorgerufenen Akne. Die Krankheit wird wahrscheinlich nicht durch frei werdendes Chlor verursacht; sie ist erst seit der elektrolytischen Chlorgewinnung bekannt, wobei auch Chloroxyd und gechlorte Kohlenwasserstoffe gebildet werden. Die Art und das Bestehen der Allgemeinerscheinungen lassen vermuten, daſs die Krankheit durch Einatmung des Gases erzeugt wird. Über den weiteren Verlauf liegen bisher Berichte nicht vor. Verfasser bekam einen Fall ein Jahr nach der Entlassung aus dem Hospital wieder zu Gesicht. Die Krankheit bestand auch dann noch; das Allgemeinbefinden war immer noch nicht gut. Die Haut des Patienten bot durchaus das Bild eines im Ablaufen begriffenen, multiplen Skrophuloderma dar. Es fanden sich vielfach wulstige, gerötete, oft blaurote Narben mit Taschen und Hautbrücken; auf dem Hinterkopfe befand sich eine thalergroſse Geschwulst von der Beschaffenheit einer „Gomme scrophuleuse". Die Narben sind aus früheren Pusteln und Abscessen hervorgegangen; das wahrscheinliche Zwischenstadium, die Geschwürsbildung, kam nicht zur Beobachtung. Der ursprüngliche Charakter des Prozesses lieſs sich nur aus den noch zahlreichen Milien und Komedonen vermuten. — Der Fall lehrt, daſs das Chlorgas in seiner Wirkung auf die Haut ganz entsprechende Veränderungen hervorbringen kann, wie das von den Tuberkelbacillen unter gewissen Umständen ausgeschiedene Gift, eine Thatsache, die auch von allgemein pathologisch-anatomischen Interesse ist.

A. Loewald-Cassel.

„Chlor-Akne", eine besondere Form von professioneller Hauterkrankung, von Bettmann-Heidelberg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 27.) Auf Grund von 21 aus einer chemischen Fabrik stammenden Beobachtungen giebt Verfasser eine ausführliche Darstellung des 1899 von Herxheimer zuerst beschriebenen eigenartigen, mit dem Namen „Chlorakne" bezeichneten Krankheitsbildes. Die Schilderung deckt sich mit den bisherigen Veröffentlichungen in allen wesentlichen Punkten. Die wich-

tigsten Züge des Bildes sind die folgenden: das Gesicht ist mit einer Unzahl feinster Komedonen mit schwarzen, auffallend harten Köpfchen übersät; gröfsere Komedonen sitzen zerstreut dazwischen, mit besonderer Vorliebe aber an der Nase, dem Kinn, der Stirnhaargrenze, in den Ohrmuscheln und hinter den Ohren. Sogar der behaarte Kopf ist der Sitz zahlreicher Komedonen; nicht selten finden sich hier zwischen ihnen etwas gröfsere, harte, hornige, aus den Follikelmündungen hervorragende, braunrote Knötchen. Das Gesicht ist schwärzlichgrau pigmentiert, die Haut trocken und rauh. Rumpf und Extremitäten können ebenfalls in excessiver Weise an der Komedonenbildung beteiligt sein; hier sind bevorzugte Stellen die seitlichen Halspartien, der Nacken, die Sternal- und Interskapulargegend, der Penis und das Skrotum. Die einzelnen Elemente sind hier viel gröfser als im Gesichte. An vielen Stellen kommt es zur Bildung von entzündlichen Prozessen, von Follikulitiden und Perifollikulitiden; sie heilen mit Hinterlassung längerdauernder Pigmentierungen und Narbenbildungen. Sekundär entwickeln sich vielfach Atherome in den verschiedensten Gröfsen. Eigentümlich sind gewisse Verhornungserscheinungen, wie die genannten Hornpfröpfe am behaarten Kopfe, ferner klavusartige Keratosen an den Handflächen und kleinste Hornkegelchen an der Dorsalseite der Fingerphalangen; man hat diese Erscheinungen mit analogen Befunden beim Morbus Darier verglichen, und Verfasser fand sogar im Mantel der Pfröpfe „Corps ronds“ und „Grains“. — Schwerere Störungen des Allgemeinbefindens und Erkrankungen anderer Organe wurden, abgesehen von Drüsenschwellungen und Drüsenvereiterungen, nicht konstatiert. Die Prognose des Leidens ist zwar quoad vitam nicht ungünstig, aber die Heilung vollzieht sich sehr langsam; die Therapie ist wenig dankbar. — Während in allen bisherigen Beobachtungen von Chlorakne das Leiden in Betrieben entstanden war, in denen freies Chlor auf elektrolytischem Wege aus Chlorkalium resp. Chlornatrium gewonnen wird, betrafen die Fälle Bettmanns Leute, welche mit den der Herstellung von Salzsäure dienenden „Säuretürmen“ bei deren Reinigung und Ausräumung in Berührung gekommen waren. Von der Einwirkung freien Chlorgases als schädigender Ursache konnte nach den angestellten Ermittelungen nicht die Rede sein. Da die Gefäfse, in denen die Salzsäuredämpfe zur Entwickelung kommen, zu ihrem Schutze geteert sind, hält Verfasser es für möglich, dafs gechlorte Teerderivate bei der Entstehung des Leidens mitspielen, die durch die Lungen resorbiert werden und nach und nach durch Abspaltungen und Umsetzungen im Organismus zur Wirkung gelangen, bis schliefslich die schädigende Substanz bei der Elimination aus dem Organismus in die Talgdrüsen ausgeschieden wird. Eine direkte Einwirkung auf die Haut kann wohl als ausgeschlossen gelten, da die Krankheitserscheinungen erst auftraten, nachdem die Patienten schon wochenlang dem schädigenden Betriebe entrückt waren, und da auch die bedeckten Körperstellen in gröfser Ausdehnung von der Akne mitergriffen wurden. Im Interesse einer zweckmäfsigen Prophylaxe ist es natürlich von gröfster Wichtigkeit, die Natur der Schädlichkeit und die Wege, auf denen sie zur Wirkung kommt, aufzuklären. Die bisherigen Mafsnahmen haben nur eine Herabminderung der Zahl der Erkrankungen zur Folge gehabt. *A. Loewald-Cassel.*

Raupenausschlag, von G. J. Thomson. (*Lancet.* 29. Juni 1901.) Im Korrespondenzteile berichtet T. über einen bei zwei Kindern beobachteten Ausschlag an den Händen und dem Gesicht, der offenbar auf Berührung mit den Haaren der Raupen des Falters Liporis auriflua (Goldschwanz) zurückzuführen war. Es entwickelten sich unter lebhaften Juckreiz kleine Papeln und Bläschen, fast wie eine beginnende Variola. Erst nach drei Tagen fing die Affektion an, sich zurückzubilden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die hautreizende Wirkung der Primula obconica. (*Pharm. Centralh.* 1901. No. 31.) Eine bloſse Berührung der frischen, wie auch der vertrockneten Blätter und Blüten von Primula obconica genügt, um auf der Haut anhaltendes heftiges Jucken und die Entstehung zahlreicher, mit Blutserum gefüllter, oft taubeneigroſser Blasen hervorzurufen. Die Erscheinungen traten nicht sofort nach der Berührung, sondern erst nach mehreren Stunden, bisweilen erst nach Tagen auf, können aber mehrere Wochen andauern. Der die Hautaffektion verursachende Stoff ist nach den Untersuchungen A. Nestlers (Ber. d. deutsch. botan. Gesellsch. 1900. Heft 5) eine von den Drüsenhaaren abgesonderte, dickflüssige, gelblichgrüne, leicht Krystalle bildende Substanz; dieselbe bleibt an der menschlichen Haut leicht haften, daher kann die Erkrankung durch Verschleppung des hautreizenden Stoffes an verschiedenen Stellen gleichzeitig oder auch nach mehr oder weniger langen Zwischenräumen auftreten. Bei manchen Menschen erzeugt bereits eine kleine Menge dieser Substanz eine heftige Erkrankung, während bei anderen Menschen die Affektion erst auftritt, wenn eine gröſsere Menge längere Zeit hindurch einwirkt. Die Substanz ist in 96%igem Alkohol, in Äther und Chloroform sehr leicht löslich; daher ist Alkohol ein sicher wirkendes Mittel gegen dieses Primelgift. Waschungen mit 96%igem Alkohol beseitigen das Jucken rasch und dauernd; die kleinen Bläschen, die sich nach den Waschungen manchmal noch bilden, vertrocknen alsbald. — Die Primula sinensis hat eine ähnliche, aber schwächere Wirkung. *Göts-München.*

Neurotische Entzündungen.

Die Häufigkeit von Herpes zoster, von E. Hoennicke. *Berl. klin. Wochenschr.* 1901. No. 31.) Aus dem reichen Material der Josefschen Klinik hat H. eine Statistik aller Zosterfälle der letzten zehn Jahre in ähnlicher Weise wie früher Greenough, Cantrell u. A. es thaten, aufgestellt. Das Ergebnis seiner Untersuchungen ist folgendes:

Ein Unterschied in der Beteiligung beider Geschlechter ist nicht zu erkennen. Zoster ist in erster Linie eine Krankheit des Jünglingsalters (zwei Drittel der Fälle). Vor dem Schulbesuch ist er selten, in der Schulzeit etwas häufiger. Nach dem 30. Jahre nimmt die Häufigkeit allmählich ab und ist im Alter wieder sehr selten. In den einzelnen Regionen des Körpers ist er im allgemeinen um so häufiger, je mehr Nervenstämme die Region hat. Von dieser Regel macht das Trigeminusgebiet durch starke Beteiligung eine Ausnahme. Die beiden Körperhälften werden ziemlich gleich häufig befallen. Zoster bilateralis ist selten.

Bei Ärzten und Wartepersonal kommt Zoster als Berufskrankheit bei Gelegenheit von Zosterepidemien vor. Eine Prädisposition anderer Berufsarten ist bisher nicht zu erweisen. Frühjahr und Herbst ist die Zeit der Epidemien. Der sporadische Zoster ist über das ganze Jahr ziemlich gleichmäſsig verteilt. Etwaige Steigerungen fallen in die Frühjahrs- und Herbstmonate. Die Statistik weicht im ganzen wenig von der Cantrellschen ab. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über einen Fall von Herpes zoster des Oberschenkels nach Einnahme von Ergotin berichtet Druelle. (*Progrès méd.* 1901. No. 18.) Die Eruption stellte sich bei der 23jährigen Patientin ein, nachdem dieselbe wegen heftiger Metrorrhagien drei Kapseln zu je 0,02 Ergotin in einem Tage eingenommen hatte.

C. Müller-Genf.

Alkoholverband bei Herpes zoster, von Ernst Hellmer-Wien. (*Blätter f. klin. Hydrother. u. verwandte Heilmethoden.* 1901. No. 4.) Der Alkoholverband hat sich in sechs Fällen von Herpes zoster sehr gut bewährt. Allen Fällen gemeinsam ist der Nachlass der Schmerzen schon nach dem ersten Verbande, die rasche Involution der bestehenden Efflorescenzen, das Ausbleiben frischer Nachschübe und die kurze Behandlungsdauer von drei bis sieben Tagen. Den praktischen Erfolgen steht kein gleich sicheres theoretisches Verständnis der Wirkung von Alkoholverbänden gegenüber. Dafs die Erzeugung der Hyperämie dabei nicht eine Rolle spielt, ist nach Buchners Untersuchungen zweifellos; ob der unter der impermeablen Hülle verdampfende Alkohol nicht auch in Gasform zur Resorption gelangt, läfst sich noch nicht entscheiden. Verfasser fafst mit Winternitz den Alkoholverband als einen potenzierten erregenden Umschlag auf, „da durch den chemischen Reiz des Alkohols anerkanntermafsen eine beträchtliche Gefäfserweiterung, stärkere Blutfülle und bessere Durchblutung der Gewebe und somit eine lokale Revulsion, Umstimmung und Steigerung der Resorption erzielt wird". *A. Loewald-Cassel.*

Recidivierender Herpes, von Du Castel-Paris. (*Presse méd. belge.* 1901. No. 4.) Die Hauptfrage ist bei der Behandlung der recidivierenden Herpesformen die: wie kann man neuen Ausbrüchen vorbeugen? In dieser Richtung gebe man je nach Konstitution des Kranken hohe Arsendosen, Schwefelwässer, daneben kauterisiere man die alten Stellen energisch. Verneuil injicierte bei einer Patientin, die einen rebellisch recidivierenden Herpes katamenialis des Halses hatte, mit Erfolg eine fünfprocentige Lösung von Jodoformäther subcutan. Für die Prophylaxe des Herpes beim Manne ist die Enthaltsamkeit von allen Tafelfreuden und grofsen Anstrengungen von Wesenheit. Daneben wirkt ein geregeltes sexuelles Leben (Ehe) günstig auf den Zustand ein. Sehr wichtig ist der Herpes recidivans der Mundschleimhaut, der natürlich auch Syphilitische vielfach befällt. Sie halten dann jedes Bläschen im Munde für ein Zeichen ihrer Lues und begehren spezifische Therapie. Letztere bringt jedoch in diesen Fällen keine Besserung, sondern wirkt eher schädlich. Man verbiete dann nur die Alcoholica, den Tabak und die Gewürze. *Hopf-Dresden.*

Die linearen Dermatosen, von Balzer und Alquier. (*Rif. med.* 1901. No. 2.) Verfasser betonen zunächst, dafs man die linearen Dermatosen von den streifenförmigen wohl zu unterscheiden habe. Die ersteren bestehen aus eruptiven Elementen, welche kettenförmig angeordnet sind und Züge bilden, deren mittlere Breite 1 bis höchstens 2 cm nicht übersteigt. Ihr Aussehen ist verschieden und bald zeigen sie sich unter dem Bilde des Ekzems, bald der Psoriasis, bald des Lichens; bald aber handelt es sich um angeborene Affektionen — Naevi, Ichthyosis linearis. Die linienförmige Anordnung scheint nicht von den einzelnen Fällen abzuhängen, sondern von einer Prädisposition, was besonders aus ihrer Hartnäckigkeit und ihrer Tendenz chronisch zu werden, hervorzugehen scheint. In Bezug auf ihre Pathogenese erscheint diejenige Theorie am annehmbarsten, welche eine embryonale Mifsbildung im Bereich der Voigtschen Linien annimmt. Sicheres hierüber weifs man aber noch nicht.
C. Müller-Genf.

In der Réunion mensuelle de la Policlinique zu Paris (Sitzung vom 19. März 1901, nach *Policlinique* 1901. No. 8) stellte Dubois-Havenith einen **Fall von recidivierendem Erythema exsudativum multiforme** vor. Es handelte sich um einen 21jährigen, sonst gesunden Menschen, bei welchem im Verlaufe der letzten sechs Monate bereits fünf Fälle von Erythema exsudativum multiforme vorausgegangen waren. Die Efflorescenzen waren stets an den gleichen Stellen, an den Handtellern

und Handrücken, Fufssohlen und Fufsrücken, den Seitenflächen der Finger und Zehen, am Penis und Skrotum, sowie an den Lippen und ihrer Umgebung aufgetreten. Früher war nur bei einer Attacke eine vereinzelte Blase zu beobachten gewesen, dagegen finden sich bei dem zur Zeit der Vorstellung bestehendem sechsten Recidiv zahlreiche Blasen an den Lippen, Händen und Füfsen. Jeder Anfall dauert ca. 14 Tage und wird eingeleitet durch heftiges Jucken und Schmerzen. Die Prognose ist bezüglich des definitiven Verschwindens der Affektion schlecht; wenigstens hat die bisherige Behandlung, bestehend in diätetischen Vorschriften und Verabreichung von Natrium salicylicum und Solutio Fowleri das Auftreten von Recidiven nicht verhindern können.

Götz-München.

Ein Fall von Erythema multiforme, dem Bilde von Blattern gleichend, von Norman Walker-Edinburgh. (*Scott. Journ.* 1901. No. 4) Die Affektion, welche eine Amme befallen hatte, war mit Rötung und Schwellung im Gesicht, besonders an der einen Augengegend aufgetreten. Dieses Auge war total zugeschwollen. Nase, Kinn und Wangen partizipierten auch stark an dem Prozefs; Stirn ziemlich, behaarter Kopf ganz frei. Die roten Bezirke wiesen kleinere und gröfsere verstreute Blasen auf. Anders an den Händen: Hier begann jede Eruption als steinharte Papel. Die Mitte derselben zeigte Exsudation, was — die Untersuchung geschah zuerst um Mitternacht — den Eindruck einer Nabelbildung in dem Knötchen hervorrief. Die Kranke war jedoch 14 Tage vorher erfolgreich geimpft worden. Es bestanden keinerlei Temperatursteigerungen oder ernstere subjektive Symptome. Anamnestisch spielte Rheumatismus eine grofse Rolle. Heilung unter Puder und Aspirin. In der Stadt herrschten zu gleicher Zeit in gewissem Grade die Pocken. *Hopf-Dresden.*

Epidemische Arsenvergiftung unter den Biertrinkern, von N. Raw, F. H. Barendt und W. B. Warrington-Liverpool (*Brit. med. Journ.* 5. Jan. 1901.) Was die Hauterscheinungen betrifft, so kann man, wie Barendt mitteilt, zwei Gruppen unterscheiden: In der ersten zeigen die Patienten ein geschwollenes, dunkelrotes Gesicht, unterlaufene Augen und eine von kleienförmigen Schüppchen und zahlreichen Kratzeffekten bedeckte, intensiv juckende Haut. In den Beinen fühlen die Patienten Prickeln und Ameisenlaufen. Die Hände und Füfse sind empfindlich. Im ganzen herrscht das Bild der Erythromelalgie vor.

Bei der zweiten Gruppe, welche die gröfsere Mehrzahl der Patienten umfafst und als pathognomonisch angesehen werden kann, herrscht eine bronzefarbige Pigmentation vor, welche wahrscheinlich in vielen Fällen mit Addisonscher Krankheit verwechselt worden ist. *C. Berliner-Aachen.*

Akute Exantheme.

Scharlach-Infektion; eine Frage und ein Beispiel, von J. B. Pike-Longhborough. (*Lancet.* 15. Juni 1901.) Ein 14jähriges Mädchen erkrankte $^3/_4$ Jahr nach überstandenem Scharlach an Halsentzündung, Ohreneiterung und akuter Nephritis; bald darauf trat noch ödematöse Schwellung am Os mastoideum auf, und bei Ausführung der Wildeschen Operation wurde nekrotischer Knochen entfernt. Um dieselbe Zeit erkrankte eine ältere vorher verschont gebliebene Schwester an Scharlach. Verfasser wirft die Frage auf, ob etwa Scharlachkeime so lange im Körper zurückbleiben könnten und einerseits die Mittelohr-Eiterung und andere Störungen und andererseits die Infektion der älteren Schwester erzeugt haben könnten. Für letztere war eine andere Quelle nicht aufzufinden gewesen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Scharlachinfektion, ausgehend von einer kleinen Hautwunde der Hand, von Köster-Syke. (*Dtsch. Med.-Ztg.* XXII. No. 59.) Einfache Schilderung des Falles, welcher normal verlief. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Übertragung des Scharlachs auf die Katze, von Rapin. (*Progrès méd.* 1901. No. 18.) Verfasser berichtet über mehrere derartige Fälle von scarlatinöser Infektion von Katzen durch scharlachkranke Kinder. *C. Müller-Genf.*

Zur Kenntnis der Tenacität des Scharlachgiftes, von Felix Lommel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 29.) In einem Erziehungsinstitut für schwerhörige und taube Kinder verbrachte ein Knabe mehrere Nächte in einem Zimmer, in dem vor mehr als 4 Monaten ein scharlachkrankes Kind einen Tag gelegen hatte, und erkrankte 12 Tage nach dem Beziehen des Zimmers, 133 Tage nach dem Aufenthalt des scharlachkranken Kindes in demselben, selbst an Scharlach. Da in diesem Falle eine andere Infektionsquelle vollkommen ausgeschlossen war, so ergiebt sich die Thatsache, dafs das Scharlachkontagium in dem Zimmer 133 Tage lang ansteckungsfähig geblieben ist. Während dieser Zeit war das Zimmer von einem 16jährigen Mädchen bewohnt, das sich dauernd unter den Kindern der Anstalt bewegte, ohne dafs ein Scharlachfall vorkam. Das letztere Faktum beweist, dafs eine wirksame Übertragung des Scharlachkontagiums durch dritte gesunde Personen oder durch Gebrauchsgegenstände sehr selten ist. *Götz-München.*

Ein Beitrag zur Virulenz des Scharlachkontagiums, von Friedrich Schmidt. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 20.) Der Verfasser sah zu einer Zeit, wo an seinem Wohnorte wie in der ganzen Umgebung kein Scharlachfall vorhanden war, eine Wöchnerin am dritten Tage post partum an Scharlach erkranken. Bei der Suche nach der Infektionsquelle stellte sich heraus, dafs der Mann der Wöchnerin elf Wochen vorher auswärts während einer Reserveübung an Scharlach erkrankt war. Seit vier Wochen war der Mann wieder zu Hause, doch bestand zur Zeit der Erkrankung seiner Frau, also fast ein Vierteljahr nach Beginn seiner eigenen Erkrankung, noch eine intensive Desquamation. *Götz-München.*

Über einen Fall von traumatischem Scharlach spricht Th. Lippmann in der Sitzung des Vereins für innere Medizin in Berlin am 8. VII. 1901. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 31.) Ein 8¾jähriger Junge erkrankt unmittelbar nach einer Prügelei, bei der er eine Ohrfeige an die linke Wange erhielt, mit Kopfschmerzen und hohem Fieber, Angina am nächsten Tage, Scharlachexanthem, an der linken Halsseite beginnend, von dort über den ganzen Körper sich ausbreitend, am dritten Tage. 14 Tage dauernde Abschuppung. Patient hatte als 2½jähriger Junge zum ersten Male Scharlach durchgemacht, drei Jahre später erstes Rezidiv aus unbekannter Ursache. Vom ersten Scharlach hatte er hypertrophische Mandeln zurückbehalten, die oft, im jedem Jahre 2—4 mal, zu Anginen geführt hatten. Von gewöhnlichen Mandelentzündungen unterscheiden sich diese durch hohes Fieber, mäfsige Schwellung, tiefdunkelrote Farbe, spinnwebartigen oder überhaupt fehlenden Belag, manchmal Himbeerzunge und flüchtige Erytheme am Körper; Heilung in 3—5 Tagen. Das zweite Rezidiv zeichnete sich, abgesehen von der traumatischen Entstehung, durch drei bei Scharlach ganz ungewöhnliche Eigentümlichkeiten aus, durch die Rückfälligkeit an sich, durch sporadisches Auftreten und durch das Fehlen aller Inkubationserscheinungen. — An die Besprechung des Falles, der in Analogie zu einer früheren Beobachtung von ihm steht, knüpft Lippmann interessante Ausführungen, die seine

Ansichten über den Entstehungsmechanismus der Rückfälle bei Infektionskrankheiten betreffen. Die Ausführungen gipfeln in folgenden Sätzen:

1. Unter den vielen und mannigfachen Verteidigungsmafsregeln des Organismus bei Infektionskrankheiten ist eine der häufigsten und wichtigsten die entzündliche Abkapselung.

2. Die weiteren Umwandlungen dieser Abkapselungen bilden Krankheitsrückstände in Form von Infiltrationen, Narben, Schleimhautwucherungen, Hypertrophien, vergrößerten Lymphdrüsen u. dergl. mehr. Es giebt auch nichtentzündliche Abkapselungen.

3. Diese Krankheitsrückstände stellen, sofern sie infektionsfähiges Material beherbergen, latente Krankheitsherde dar. Latente Herde sind also Mikrobienmaterial plus Schutzgewebe.

4. Das infektionsfähige Material kann sehr lange Zeit, Jahrzehnte hindurch, unschädlich im Körper verweilen; aber gelegentlich können die dasselbe umschliefsenden Zellschichten gelockert oder vernichtet, oder der Zellschutz durch Aspiration unwirksam gemacht werden.

5. Alsdann erfolgt der Wiedereintritt des Infektionsmaterials in die Blut- oder Säftebahn und damit der Rückfall: Rückfall durch Zellschutzstörung oder „Ekbolie".

6. Als solche Gelegenheitsursachen sind hauptsächlich zu nennen: Verletzungen, psychische Erregungen, ferner Umspülung mit infiziertem Blut. Die Reihe der Gelegenheitsursachen ist damit nicht erschöpft.

7. Auch für die primäre Infektion ist mit grofser Wahrscheinlichkeit ein analoger Mechanismus anzunehmen, so dafs aufser dem pathogenen Keim eine Gelegenheitsursache erforderlich ist, um eine Erkrankung herbeizuführen. *A. Loewald-Cassel.*

Die Beschaffenheit des Blutes bei Scarlatina, von F. P. Mackie. (*Lancet.* 24. Aug. 1901.) Untersuchungen bei 25 Fällen ergaben mit Konstanz einen mäfsigen Grad von Anämie. Bei der Hälfte der Fälle fanden sich 3½—4 Millionen rote Blutkörperchen im Kubikcentimeter; die günstigste Zählung ergab 4170000. Der Hämoglobingehalt hatte in entsprechendem Mafse abgenommen. Zugleich fand sich bei allen eine pathologische Leukocytose (mehr als 10000 pro Kubikcentimeter), die im allgemeinen weniger der Höhe des Fiebers als der Schwere der Halsaffektion und, wenn auch in geringem Grade, der Intensität des Exanthems entsprach. Im ganzen geben M.s Beobachtungen eine Bestätigung der Mitteilungen von früheren Autoren, Hayem, Cabot u. a. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Scharlachfieber, von Lyman Beecher Todd-Lexington. (*Louisville Journ.* 1901. No. 7.) Aus der Abhandlung seien nur die Mafsnahmen hervorgehoben, die der Verfasser zur Desinfektion nach Scharlach verlangt: Alle Gegenstände, die es vertragen, müssen mindestens 6 Stunden in Wasser gekocht werden. Andere Gegenstände sind der trockenen Hitze, aber eine bedeutend längere Zeit auszusetzen. Möbelstücke wasche man mit 14%iger Karbollösung ab. Gebrauchsgegenstände Scarlatinöser sind unbedingt zu verbrennen. Die Wände des Krankenzimmers sind mit Brot abzureiben, das darauf zu verbrennen ist. Sputa und Exkremente sind mit Chlorkalk zu desinfizieren. *Hopf-Dresden.*

Scarlatinois, von Trammer. (*Wien. med. Wochenschr.* 1901. No. 13.) In einem Bezirke der Herzegowina hat Verfasser eine besonders jugendliche Individuen ergreifende Epidemie eigenartigen Charakters beobachtet. Ohne Prodrome, unter mäfsigem Fieber trat ein Erythem auf, und zwar stets zuerst an den Wangen, dann an Stamm und Extremitäten. Dabei diffuse Rötung von Nasen-, Rachen- und Mund-

schleimhaut. Die Erythemflecken an den Wangen sind meist leicht erhaben, etwas serös infiltriert, quaddelartig, rufen leichtes Jucken- und Spannungsgefühl hervor. Am Körper sind die Flecken klein, den Follikeln entsprechend angeordnet, neigen zur Konfluenz. In manchen Fällen entstehen landkartenähnliche Figuren. Die Haut fühlt sich meist uneben und rauh an. Die Rückbildung der Symptome erfolgt in 1—3 Tagen. Nachkrankheiten sind nicht beobachtet. — Ähnliche Epidemien sind als Erythema infectiosum beschrieben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Diagnose des Scharlachs, von G. Variot. (*Journ. d. pratic.* 1901. No. 29.) Der Aufsatz bringt im Wesentlichen nichts Neues. *Götz-München.*

Über die nervösen Erscheinungen beim Scharlach, von Moureyre. (*Thèse Paris.* 1899. Nach *Journ. d. pratic.* 1901. No. 15.) Bei Scharlachkranken kommen, namentlich wenn es sich um neuropathisch veranlagte Individuen oder um Alkoholiker handelt, sowohl während des Höhestadiums, als auch im Stadium decrementi und während der Rekonvalescenz nervöse Störungen verschiedener Art vor; insbesondere Dermatosen nervösen Ursprungs, wie Urtikaria, Erythem, Ekzem, Herpes, Herpes zoster; dann Störungen in den peripheren Nerven, Neuralgien und Neuritiden, endlich Störungen in den nervösen Centren, die in Form von Konvulsionen, Paresen, Paraplegien, Paralysen zu Tage treten. In vereinzelten Fällen wurde im Anschluſs an Scharlach auch Hysterie, Chorea, Epilepsie und multiple Sklerose beobachtet. Wie im Verlauf der anderen Infektionskrankheiten treten auſserdem bei Scharlachkranken, und zwar vorzugsweise während des Höhestadiums, zuweilen Psychosen auf. Der Verfasser unterscheidet drei Arten solcher „Scharlachpsychosen“: 1. den hyperakuten hallucinatorischen Wahnsinn, der bei malignen Scharlachfällen vorkommt; 2. die Stupidität, die bei schweren Fällen auftritt; 3. die Traumdelirien, die bei normal verlaufenden Fällen häufig sind. Bei Alkoholikern kann der Scharlach auch Delirium tremens hervorrufen. Auſserdem treten während der Rekonvalescenz manchmal Melancholien auf, die zur Demenz führen können. *Götz-München.*

Hals und Nase bei Scharlachfieber, von W. Cheathan-Louisville. (*Louisville Journ.* 1901. No. 7.) Der Halsdrüsenprozeſs bildet wahrscheinlich die Eingangspforte des Giftes der Scarlatina und ist ein Analogon zur Sklerose bei der Lues. Die Behandlung der primären Affektion ist also etwas hauptsächliches in der Therapie. Ist der Löffler-Klebssche Bacillus nicht zu finden, so bedient man sich mit Erfolg der Bestäubung oder Bespülung der kranken Partien mit Listerine, allein oder gemischt mit Wasserstoffsuperoxyd, oder Seilers Lösung, Dobells Lösung oder normaler Salzlösung. Im anderen Falle Injektion von Löfflers Serum neben lokaler Säuberung. Auch das Streptokokken-Serum von Parke, Davis & Co. hat dem Verfasser bei Abwesenheit des Löffler-Klebs gute Dienste gethan. *Hopf-Dresden.*

Die Gelenkaffektionen beim Scharlach, von Edmund Horna. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1901. No. 12.) Die beim Scharlach vorkommenden Gelenkaffektionen können serösen und eitrigen Charakter haben. Die serösen Arthritiden sind bei weitem häufiger, sie heilen meist spontan, während die eitrigen septischen Ursprungs auch mit Ankylose endigen können. Bei 506 Scharlachfällen sah Verfasser 14 mal (= 2,8%) Erkrankungen der Gelenke, die in der ersten bis vierten Woche einsetzten, meist multipel waren. Nur in einem Falle kam es zur Eiterung im Gelenk.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Heilung und Verhütung von Scarlatina mittels Diphtherie-Antitoxin, von C. H. Dalton - St. Louis. (*St. Louis med. Rev.* 16. April 1901.) Anfangs infolge

nicht bestimmt zu stellender Diagnose bei einem Falle, später absichtlich hat D. bei 25—30 Fällen von Scharlach das Diphtherie-Heilserum mit bestem Erfolg angewandt. Keine Todesfälle unter den zum Teil schweren Erkrankungen. Prophylaktisch angewandt bei anderen Familienmitgliedern ergaben die Injektionen auch stets positive Resultate. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Behandlung der Scharlachnephritis, von Charles Gilmore Kerley-New York. (*Med. News.* 1901. No. 24.) K. hebt die Wichtigkeit dieser Komplikation, auf die man eigentlich in jedem Falle gefafst und vorbereitet sein sollte, hervor. jedes Kind mit Scharlach sollte, mag es sich auch noch so wohl fühlen, stets 3 Wochen lang im Bette gehalten werden. Das erste Moment der Behandlung sei die Diät: Milch, Fleischbrühe, Haferschleim sollten abwechselnd gegeben werden, da Milch allein auf die Dauer nicht vertragen wird; auch Molken kann versucht werden, Alkohol in jeder Form ist zu verbieten. Zur Erzielung eines regelmäfsigen Stuhlganges (2—3mal täglich) sind kleine Dosen Kalomel (6 mg bis 6 cg stündlich) jeden dritten oder vierten Tag zu geben, in der Zwischenzeit citronensaure Magnesia (30—120 g). Als bestes Diuretikum bewährte sich K. Akonit (1/4 minim [?]) alle 2 Stunden für dreijährige Kinder, während die anderen Mittel, wie Digitalis, Pilokarpin, die Kaliumsalze, zuweilen eher schädlich seien. Wenn das Akonit fehlschlägt, sind die Heifsluftbehandlung oder heifse Dauerbäder von 42° zu empfehlen. Ein Mittel, welches nach K.s Erfahrung alle anderen übertrifft, sind Heifswassereinläufe, für ein Kind von drei Jahren sind 500—800 g Salzwasserlösung von 44° C. mit dem hohen Darmrohr einzuführen; wird das Wasser bald wieder ausgetrieben, so wird ein neuer Einlauf gemacht, welcher meist behalten wird. Nach 3—5 Einläufen beginnt oft auch in hartnäckigen Fällen die Niere zu funktionieren und der Urin frei zu laufen. Das Kind mufs im Bette bleiben, bis der Urin 14 Tage hindurch normal gewesen ist.

Stern-München.

Masern oder Scharlach oder beides? von Gläser. (*Zeitschr. f. prakt. Ärzte.* 1900. No. 2.) Bei einem 22jährigen Patienten, der früher nie krank gewesen sein will, konstatierte der Verfasser ein reichliches Masernexanthem am Oberkörper und daneben Conjunctivitis, Coryza, Herpes labialis, Bronchitis, sowie leichtes kontinuierliches Fieber (Maximum 38,5°). Drei Tage später trat unter ansteigender Temperatur auf 39,4° eine katarrhalische Angina mit starker Schwellung der Tonsillen und Submaxillardrüsen auf, Das Exanthem blafste in den nächsten beiden Tagen ab, gleichzeitig sank die Temperatur lytisch auf 37,5°. Nach weiteren 2 Tagen trat unter jäher ansteigender Temperatur auf 40,5° ein ausgebreitetes bullöses Exanthem auf, das unter lytischem Temperaturabfall in den nächsten 3 Tagen vertrocknete. Gleichzeitig entwickelte sich eine grofslamellöse Abschuppung, die durchaus für Scharlach charakteristisch war. Nach wenigen Tagen trat auch noch ein Gesichtserysipel auf, das nach 4 Tagen abblafste, während die grofslamellöse Abschuppung noch 14 Tage fortdauerte. — Wahrscheinlich handelte es sich in diesem Falle um eine Masernerkrankung und eine unmittelbar an diese sich anschliefsende Scarlatina sine exanthemate, die ihrerseits, wie es ja schon mehrfach beobachtet worden ist, durch ein bullöses Exanthem und ein Erysipel kompliziert war. *Götz-München.*

Ein Fall von doppelter Infektion von Masern und Scharlach, von K. Kallivoda. (*Gyógyászat.* 1901. No. 28.) Bei dem 8jährigen Knaben entwickelte sich vom 5.—7. Tage unter steigender Temperatur bis 40,2° das typische Exanthem der Masern. Am 8. Tage nach dem Beginn des Eruptionsfiebers fiel die Temperatur kritisch ab. Den nächsten Tag typische Schuppung. Am Abend desselben Tages

Temperatursteigerung bis auf 40,5°, zwei Tage darauf vollkommen ausgebildetes Scharlachexanthem. Nach Entfieberung typische lamellöse Abschuppung, welche 12 Tage dauerte. Am 10. Tage dieser Periode trat eine Nephritis auf. Das Kind genas. Eines seiner Geschwister, 4jähriger Knabe, bekam nun auch den Scharlach und starb nach 13 Tagen. Die Entwickelung beider Krankheitsformen bei dem 8jährigen Knaben war eine so typische, wie man es sonst nur bei zwei verschiedenen Individuen zu beobachten pflegt. In Anbetracht dessen, dafs am 13. Tage der Erkrankung das unerwartet aufgetretene Fieber und das neue Exanthem mit seinem Charakter das Auftreten der Scarlatina signalisierte und der Kranke vom ersten Tage seiner Erkrankung an isoliert war, weist in jeder Beziehung darauf hin, dafs der Organismus zu gleicher Zeit von beiden Infektionen ergriffen wurde. In diesem Falle hatte also die Scarlatina ein angewöhnlich langes Inkubationsstadium.

A. Alpár-Alexandria

Über Masern und Pemphigus, von Paul Richter-Berlin. (*Arch. f. Kinderheilk.* Bd. XXXII.) Kritische Besprechung und Sichtung der aus der Litteratur gesammelten Fälle. Verfassers historische Forschungen gehen bis auf das neunte Jahrhundert zurück, wo ein persischer Arzt (Rhazes) zuerst die Morbilli erwähnt, und zwar gleichzeitig mit den Variolae, einer vesiku-pustulösen Affektion u. s. w. u. s. w. Auch Richter kommt bezüglich des Zusammenhangs zwischen Masern und Pemphigus zu keinem definitiven Ergebnis, d. h. es kann sich bei gleichzeitigem oder aufeinanderfolgendem Auftreten beider Erkrankungen um eine doppelte, sog. gekreuzte Infektion handeln oder der Masernausschlag kann sich auch zu einem blasenartigen umgestalten. Die einschlägige Litteratur, besonders jene vor dem Jahre 1865, welche bis jetzt keine Beachtung gefunden zu haben scheint, ist genau verzeichnet.

Stern-München.

Ein Fall von Varicella septica, von G. Hausch. (*Gyógyászat.* 1901. No. 27.) Der 2jährige, sehr gut entwickelte und kräftige Knabe erkrankte an typischer Varicella, ohne jedwede Fiebererscheinung. 13 Tage vorher war seine 1½ Jahre ältere Schwester ebenfalls an Varicella erkrankt und mit dem Knaben zugleich erkrankte auch sein 3 Monate altes Schwesterchen. Bei dem Knaben stellte sich nun des Nachmittags vollkommene Bewufstlosigkeit ein, der Puls schwach und unregelmäfsig, 160 Pulse, Rektaltemperatur 40,7°, die Efflorescenzen waren bereits im Abblassen, Rachen rein. Das Kind schrie häufig auf, wie bei einer Meningitis, Nackenstarre war aber nicht vorhanden. Die Temperatursteigerung hielt an und den nächsten Vormittag endete das Kind letal unter den Zeichen einer gesteigerten Cyanose und Herzschwäche. Nachdem Verfasser in den übrigen Organen trotz sorgfältiger Untersuchung irgendwelche Veränderungen nicht finden konnte, stellte er die Diagnose auf Varicella septica. Die Obduktion wurde verweigert. *A. Alpár-Alexandria.*

Die sogenannte Pockenepidemie, von J. D. Brummall-Salisbury. (*St. Louis Med. Rev.* 20. Juli 1901.) Seit den letzten 2 Jahren herrscht in den Vereinigten Staaten von Nordamerika eine ausgedehnte Epidemie, welche von der einen Seite für eine milde Pockenform erklärt wird, während die anderen Ärzte diese Diagnose bestreiten. Zur Kenntnis des Verfassers sind 300 Fälle dieser Art gekommen. Tötlich verlief nur ein Fall, der erst 24 Stunden vor dem Exitus letalis in unrettbarer Verfassung in Behandlung kam. Die vorliegende Erkrankung unterscheidet sich gegen Variola durch ein längeres Inkubationsstadium (18—21 Tage gegenüber 10—15) und geringeres Fieber, das durchschnittlich nicht 38,9° überstieg. Bemerkenswert ist ferner, dafs 10 von Verfassers Patienten zweimal innerhalb 2 resp. 4 Monaten an

dieser Affektion erkrankten und daſs, soweit er konstatieren konnte, die Vaccination gar keinen Einfluſs auf das Leiden hatte, auſser daſs nicht ganz so viele geimpfte wie ungeimpfte Personen davon ergriffen wurden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Das Blut und die defensive Reaktion der Hämatopoiese bei der Variola, von Weil. (*Gazette des Hôpitaux.* 1901. No. 67.) Wenn der Parasit der Variola in den Organismus eines prädisponierten Individuums eindringt, verursacht er eine lokale Läsion, die unbemerkt vorübergeht und dann eine Septikämie erzeugt. Gegen diese Invasion reagiert der menschliche Organismus durch eine Schwellung und eine Proliferation der hämatopoetischen Organe, welche sich klinisch durch eine Leukocytose kundgiebt. Gleichzeitig nimmt im Blute das Fibrin beträchtlich zu. Durch einen noch unbestimmten Mechanismus entledigt sich das Blut der Eindringlinge und führt sie der Haut zu, wo der Kampf in den eruptiven Elementen fortgesetzt wird. In der Pustel lassen sich alle Verteidigungsprozesse konstatieren, deren sich der bedrohte Organismus für gewöhnlich bedient. Man kann also sagen, daſs bei der Variola die Eruption das hauptsächlichste Verteidigungsmittel des Organismus darstellt, und zwar um so mehr, als in den schwersten Formen und bei der Variola haemorrhagica die Eruption fehlt. Bei dieser Form hat die Ökonomie ihre Waffen zu einem lokalen sowohl wie zu einem allgemeinen Kampfe eingebüſst, indem die Leukocytose und die Hyperfibrinose des Blutes fehlt, wobei der Tod in der sepitikämischen Periode eintritt.
C. Müller-Genf.

Was hat die Krankenpflegerin bei der Pflege Pockenkranker zu beachten? von E. Pfeiffer. (*Zeitschr. f. Krankenpfl.* 1901. No. 5.) Vor der Übernahme der Pflege Pockenkranker soll sich jede Krankerpflegerin noch einmal impfen lassen. — Schwersten Fällen kann sie nur durch reichliche Darreichung von Getränken das Los etwas erleichtern. — Bei Pustelbildung in der Nase muſs diese sorgsam mit Bor- oder Chamäleonlösung gespült werden. Die Augen muſs man rein halten. Pusteln im Munde erheischen reichliches Spülen, flüssige, möglichst mit Ei versetzte Kost. Die Wäsche muſs morgens und abends gewechselt werden; laue Bäder sind sehr nützlich. Vor dem Wäschewechseln Reinigen mit Chamäleonlösung und vorsichtig abtupfen. Alle Puder sind zu verwerfen. Bei weiblichen Kranken täglich eine Scheidenspülung, am liebsten Kurzschneiden der Haare. Ist die Patientin gravide, dann bereite man alles für eine Früh- resp. Fehlgeburt vor, da diese häufig sind. — Jede Komplikation muſs die Pflegerin beachten und dem Arzt melden. — Als Kleidung für dieselbe eignet sich ein täglich zu wechselndes Waschkleid. Nach jeder Hülfeleistung wasche sich die Pflegerin mit Seife und Sublimat, reibe sodann die Arme und Hände mit Vaselin oder Glycerin ein. Eine fest um den Hals gebundene Kopfhaube ist notwendig. Abends nehme die Pflegerin ein Vollbad und bewege sich im Freien. (Was ist Chamäleonlösung? D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Behandlung der Variola mit Schwefelwasserstoff, von Dr Lada Nokowski. (*La Presse méd.* 1901. No. 19.) Verfasser berichtet über geradezu glänzende Erfolge, die er bei Variola mit Schwefelwasserstoff erzielt hat. Die Fälle nehmen einen äuſserst benignen Verlauf und die Dauer der Affektion wird bedeutend abgekürzt. Das Präparat ist unmittelbar vor dem Gebrauche mit besonderen Apparaten bereitet und in wässeriger Lösung in Dosen von 0,1 per Rectum administriert. Verfasser glaubt, daſs man mit der Zeit eine einfachere Bereitungsweise des Schwefelwasserstoffs wird erzielen können, indem man die Schwefelwasserstoffsäure erst im Darm entstehen läſst, in der Weise nämlich, daſs Pillen aus einem Sulfit und einer organischen Säure in einem fetten Vehikel bereitet werden, die dann erst im Darm

unter der Wirkung der Galle und der Bauchspeicheldrüse zur Auflösung kommen, wodurch das Sulfit und die Säure miteinander in Kontakt geraten und Schwefelwasserstoff entsteht. Verfasser meint, dafs durch diese Behandlungsweise auch andere Infektionskrankheiten, wie Typhus, Erysipel, Influenza, günstig beeinflufst werden.

C. Müller-Genf.

Impfung nach, während und vor Variola, von Cabell Morely-Henderson. (*Louisville Journ.* 1901. No. 7.) Verfasser behauptet, dafs die Vaccination dauernd eine Wirkung behält und nicht blofs eine Anzahl von Jahren. Vielmehr sei die Immunität in gewissem Grade vom Vater auf das Kind übertragbar. Eine Impfung von vor zwei bis drei Wochen schützt in geringerem Mafse gegen Blatternerkrankung, als eine Vaccination, die vor 2, 8, 20 oder 30 Jahren erfolgte. Im letzten Jahre beobachtete Verfasser über 200 Fälle von Pocken. Nur 5 mal kam es bei Geimpften bis zum eruptiven Stadium der Erkrankung. Einmal lag in diesen Fällen die Impfung 30 Jahre, einmal 35, einmal 52 Jahre zurück. Trotzdem kam es nicht zum vollen schweren Ausbruch der Hauterscheinungen. *Hopf-Dresden.*

Über die Dauer des Pockenimpfschutzes, von E. Sobotta. (*Allg. med. Centralztg* 1901. No. 53.) Von 154 Mann, die im Herbst 1894 zum dritten Male geimpft worden waren (Rekrutenimpfung), konnten 146 nach 1½ Jahren bei der Ausreise ins Schutzgebiet von Deutsch-Südwestafrika mit Erfolg geimpft werden, waren also wohl auch für eine Infektion mit dem Virus der echten Pocken empfänglich. Der Impfschutz hatte also nicht 1½ Jahr lang gewährt. Verfasser hält es daher für empfehlenswert, beim Auftreten von Pocken das ärztliche und Pflegepersonal in kürzeren Zwischenräumen wiederzuimpfen; ebenso empfiehlt er Wiederholung der Impfungen für die Schutztruppen, für Expeditionscorps in fremde Länder und im Falle eines europäischen Krieges für die gesamte Feldarmee. *A. Loewald-Cassel.*

Impfschutz, Impfgesetz und Impfstatistik, von Böing-Berlin. (*Allg. med. Centralztg.* 1901. No. 60.) Verfasser schliefst sich der im vorhergehenden Referat mitgeteilten Ansicht Sobotkas vollkommen an und meint, dafs demnach eine Revision des Impfgesetzes nunmehr nicht nur eine Forderung der Gerechtigkeit, sondern auch der fortgeschrittenen wissenschaftlichen Erkenntnis ist. Er verlangt entweder Aufhebung des Impfzwanges; wenigstens in seuchenfreien Zeiten, oder zwangsweise Wiederimpfung der gesamten Bevölkerung in zweijährigen Zwischenräumen. Ob dieses Intervall nicht auch zu kurz wäre, müfste durch weitere Versuche an Soldaten erst noch festgestellt werden. Der Zwang des Dogmas von der zeitlichen Fernwirkung der Impfung hat, sagt Verfasser, bisher die Anwendung der exakten Untersuchungsmethoden auf die Lehre vom Impfschutz verhindert. Besonders sind die Statistiken dadurch beeinträchtigt. Verfasser unterwirft die neueste Statistik Kaufmanns über die Frankfurter Pockenepidemie einer scharfen Kritik und beweist aus ihr, dafs der Impfzustand der Patienten auf ihre Erkrankung und deren Ausgang ohne jeden Einfluss gewesen ist, demnach von einem Impfschutz überhaupt keine Rede sein kann.

A. Loewald-Cassel.

Vom Impfzwang. Erwiderung an Herrn Dr. Sobotta, von Böing. (*Allg. med. Centralztg.* 1901. No. 77.) Verfasser versucht die Ausführungen Sabottas in No. 68 der *Allg. med. Centralztg.*, dafs er den Ansichten B.s über Impfschutz nicht beipflichten könne, zu widerlegen. Die Erwiderung behandelt hauptsächlich die Frage der Gleichwertigkeit der Immunität gegen Impfpocken und echte Pocken, die Verschiedenheit des Infektionsmodus bei Schutzimpfung und echten Pocken und die Frage des Abklingens des Impfschutzes. Verfasser stellt auch hier wie in seinem Aufsatz in No. 60

die Forderung auf, entweder müsse die ganze Bevölkerung zur Erzielung eines wirksamen Impfschutzes alle zwei Jahre geimpft werden oder die Zwangsimpfung müsse abgeschafft werden. *A. Loewald-Cassel.*

Nochmals die Dauer des Impfschutzes, von Sobotta. (*Allg. med. Centralztg.* 1901. No. 79.) Erwiderung auf Böings Ausführungen in No. 77.
A. Loewald-Cassel.

Berichtigung zu den Ausführungen Böings in der *Allg. med. Centralztg.*, von Martin Kaufmann - Frankfurt a. M. (*Allg. med. Centralztg.* 1901. No. 77.) Böing unterzog in seinem Aufsatz „Impfschutz, Impfgesetz und Impfstatistik" des Verfassers Veröffentlichung über die letzte Frankfurter Pockenepidemie einer teilweise abfälligen Kritik. Verfasser weist nach, dafs R. bei dieser Kritik von falschen Voraussetzungen ausging und dafs daher dessen Ausstellungen nicht zu Recht bestehen.
A. Loewald-Cassel.

Über Impfung, von Joseph Grindon-L. Louis. (*St. Louis Courier.* Juni 1901.) Vorlesung über die Blatternschutzimpfung, deren Wichtigkeit mit statistischen Belegen, deren normalen und abnormen Verlauf (beschleunigtes und verlangsamtes Auftreten der Blattern; besondere Formen derselben). Ohne irgendwie Neues zu bringen, streift Verfasser auch kurz die Hautaffektionen, welche im Anschlufs an die Impfung vorkommen können. Wichtig ist der Hinweis auf die verschiedenen Formen sog. falscher Impfblattern, wodurch es zuweilen vorkommt, dafs sich jemand für geimpft hält, während dies in Wirklichkeit nicht der Fall ist. Es sind dies 1. rote Knötchen von Erbsengröfse, welche später zur Eiterung kommen. 2. Ein nicht nabelförmiges, sondern zugespitztes oder konisches Bläschen, welches mit starker Reizung und Jucken beginnt und einen strohgelben oder opalen Inhalt statt der klaren Lymphe hat. 4. Statt des gewöhnlichen Bläschens entsteht eine Blase, gefolgt von Eiterung. 4. Eine Reihe von Herpesbläschen und 5. brechen Bläschen, welche bis zum achten oder zehnten Tage einen normalen Verlauf genommen haben, plötzlich auf und es folgt eine tiefgehende Eiterung. Alle diese Fälle erfordern Revaccination. Das beste Alter zur Erstimpfung ist für Gr. das von 3 Monaten, d. i. vor dem Beginn der Dentitionsbeschwerden; wenn Blattern herrschen, kann natürlich die Impfung auch schon bei der Geburt vorgenommen werden. Schliefslich plädiert Verfasser noch in den Fällen relativer Unempfänglichkeit gegen die Vaccine für Anwendung humanisierter statt reiner Tierlymphe, da erstere erfahrungsgemäfs viel weniger Fehlimpfungen gebe.
Stern-München.

Über Vaccinekörperchen (Cytoryctes vaccinae Guarnieri), von P. Gorini-Rom. (*Arch. de Parasitol.* 20. Mai 1901.) In dieser recht lesenswerten Arbeit sucht der Verfasser der viel umstrittenen Frage von der Bedeutung der zuerst von Guarnieri und von Löffler beschriebenen und als Cytoryctes vaccinae bekannten Körperchen näher zu treten. Es handelt sich darum, zu entscheiden, ob wir es hier mit Parasiten zu thun haben oder mit Zellveränderungen, die von verschiedenen Autoren je nachdem als leukocytär, als nukleär und als cystoplastisch bezeichnet worden sind. Zunächst ist beachtenswert, dafs Gorini bei der Prüfung von 50 verschiedenen Vaccinepräparaten am Kaninchen regelmäfsig diese Körperchen in der Cornea nachweisen konnte, während sie bei analoger Applikation von diversen anderen Substanzen (z. B. Aphthengift, Glycerin, inaktivierter Vaccine) niemals zu entdecken waren. Als spezielle Merkmale des Cytoryctes führt er in erster Linie dessen Verhältnis zum Kern an: derselbe liegt stets dem Kern dicht an: die den Cytoryctes umgebende helle Zone scheint oft in engem Zusammenhang mit der Peripherie des Kerns oder mit einer denselben umgebenden hellen Zone; der Cytoryctes und der Kern haben eine wechselseitige

plastische Einwirkung aufeinander. Diese Verhältnisse sind an sehr feinen Abbildungen auf zwei Tafeln dargestellt. Ferner beobachtete G. an den mit Vaccine geimpften Hornhäuten in verschiedenen Kernen eine oder einige Anhäufungen von Farbsubstanz, bald innerhalb, bald als Knospen an der Peripherie gelagert. Namentlich an den durch Abkratzen gewonnenen Präparaten eher als an Schnittpräparaten sind dieselben zu erkennen. Diese endonukleären Körperchen stehen, wie G. darlegt, mit den Cytoryctes in direktem Zusammenhang, und er schliefst ferner, dafs entweder die Cytoryctes Parasiten sind, welche sowohl Plasma wie Kernsubstanz angreifen, oder sie sind Produkte einer Zerbröckelung oder Sprossung des Kerns, wodurch abgelöste Teile desselben, Corpuscula, anfangs endo-, später extranukleär liegend, zu zellenartigen Gebilden auswachsen. Diese Fragen bedürfen allerdings der weiteren Aufklärung. — Ferner hat G. Impfungen an der Hornhaut von Kaninchen vorgenommen mit der an Kohlpflanzen gefundenen Plasmodiophora brassicae. Es entstanden Prozesse ähnlich wie bei den Vaccineimpfungen, aber Cytoryctes wurde niemals dabei konstatiert. Aufserdem wurden Versuche mit letzterem angestellt zur Feststellung seiner Fortdauer bei Aufbewahren in Glycerin. Nach 78 Tagen waren die Präparate noch wirksam. Zum Schlufs betont G. nochmals, dafs zum Begriff Cytoryctes nicht nur die bekannten Körperchen, sondern auch die sie umgebende helle Zone gehöre.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die bei den Hornhaut-Vaccineherden vorkommenden Zelleinschlüsse, von D. C. Gorini. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. XXIX. No. 14.) Aus dieser zweiten vorläufigen Mitteilung geht folgendes Ergebnis hervor: Bei den Vaccine-Zelleinschlüssen (Cytoryctes vaccinae Guarnieri) handelt es sich entweder darum, dafs die Cytoryctes nukleärer Abstammung sind, oder man mufs vermuten, dafs es sich um Parasiten handelt, die auch den Kern der Epithelzellen ergreifen und, bei einer Phase ihrer Entwickelung, aus Cytoryctes und der umhüllenden hellen Zone zusammengesetzt sind.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Vaccine- und Variolaerreger. Experimentelle Studie von M. Funck. (*Centralbl. f. Bakteriol.* 1901. No. 29.) Hier seien nur die Schlufsfolgerungen wiedergegeben: Die Wirkung der Vaccine rührt von einem Protozoon her, wahrscheinlich von einem Sporozoon, welches sich in allen wirksamen Lymphen vorfindet. Dieser Zellschmarotzer wurde zuerst 1887 von L. Pfeiffer gesehen; Verfasser will ihn „Sporidium vaccinale" nennen. In den Pusteln der Variola findet man ein morphologisch gleiches Protozoon. Das Sporidium vaccinale erzeugt beim Kalbe die charakteristischen Symptome der Vaccine und verleiht den Tieren dauernde Immunität gegen die Vaccine. — Aus den Versuchen geht hervor, dafs Variola und Vaccine wahrscheinlich zwei identische Affektionen sind und die Bereitung der Lymphe fortab unter viel günstigeren Bedingungen betreffs der Wirksamkeit und Sterilität wird erfolgen können.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Frage über den Vaccineerreger von Dr. M. Funck, von W. Podwyssozki und A. Mankowski-Odessa. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 17.) Die Verfasser erklären auf Grund ihrer Untersuchungen, dafs die von Funck in der Lymphe gefundenen und als „Sporoblasten" beschriebenen protozoenartigen Elemente vollkommen verfetteten Epithelialzellen resp. Zellen der Talgdrüsen entprechen und dafs das, was unter Sporen beschrieben ist, einzelnen Fettkörnchen entspricht. Die „röhrenförmigen Haufen der Morulaform" entsprechen vollkommen einzelnen aus der Haut in die Lymphe herausgefallenen Talgdrüsen. Auch von der Protozoennatur anderer von Funck beschriebener Elemente der Lymphe konnten sich die Verfasser nicht überzeugen.

A. Loewald-Cassel.

Weitere Mitteilungen über den Vaccine- und Variolaerreger, von M. Funck-Brüssel. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 21.) Funcks Protozoen der Vaccine sind von verschiedenen Autoren als celluläre Elemente angesehen worden. Demgegenüber stellt F. fest, dafs das Sporidium vaccinale sich von solchen zelligen Gebilden dadurch unterscheidet, dafs es sich nicht mit Osmiumsäure und Sudanrot färbt, also keine Fettreaktion giebt. In jeder Lymphe kommen zwei Arten eiförmiger Zellen vor, die einen etwas gröfser als die anderen und gefüllt mit Kügelchen, welche die Fettfärbung annehmen, während die anderen mit Sporen angefüllt sind, die sich nicht färben. Die letzteren Zellen entsprechen epithelialen Gebilden, welche durch den Schmarotzer ergriffen sind. Aufserdem kommt das Sporidium in der Lymphe als Spore und als abgerundete Cyste vor; beide Formen nehmen Osmium- und Sudanfärbung nicht an. Der Variolaerreger wird ebenfalls in diesen drei Formen beobachtet und ist leicht zu züchten; Vaccine- und Variolaerreger sind einander sehr ähnlich. *A. Loewald-Cassel.*

Beitrag zur Kasuistik der Impfblattern (Vaccina generalisata), von Hilarius Ritter v. Ovtynski. (*Wien. med. Wochenschr.* 1901. No. 39.) Ein Soldat wird mit Erfolg geimpft. Zehn Tage nach der Impfung Schüttelfrost und starke Kopfschmerzen, zwei Tage später intensiv rote Flecken, zuerst im Gesicht und an der vorderen Rumpffläche. Diese erwecken den Verdacht auf Masern. Jedoch entstehen aus ihnen bald Papeln und richtige Pockenpusteln. Das Fieber dauerte im ganzen an. Genesung, aber lange Rekonvalescenz. — Die Fälle von Vaccina generalisata gehören zum Glück zu den gröfsten Seltenheiten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über generalisierte Impfblattern, von John H. Huddleston - New York. (*Med. News.* 7. Sept. 1901.) Allgemeine Betrachtung über die Häufigkeit von generalisierter Vaccine im Anschlufs an die Schutzimpfung. Die Zahl der bekannt gewordenen Fälle beträgt 50 (tabellarische Übersicht), 25 männliche, 14 weibliche Individuen und 11, deren Geschlecht nicht angegeben. Das Alter wechselt von drei Tagen (sic!) bis 62 Jahre, 25 waren unter 1 Jahr, 6 Erwachsene. 12 waren mit Kuhlymphe, entweder direkt vom Tier oder konserviert, 20 mit humanisierter Lymphe, 1 mit Kuhpocken, 1 mit Pferdepocken, 2 durch zufällige Inokulation geimpft. Die Zahl der vorhandenen Pusteln wechselte von 3 bis 500 und mehr; in 46 % der Fälle (23) war vorher das Vorhandensein von Ekzema oder einer anderen Hautkrankheit konstatiert worden. Dennoch glaubt H. nicht, dafs Ekzema oder andere Hautkrankheiten besonders zu allgemeiner Vaccine disponieren, da bei St. Louis in Paris alle dermatologischen Fälle geimpft werden und seit Jahren nur ein Fall allgemeiner Vaccine vorkam. Differentialdiagnostisch kämen zuweilen in Betracht: Varicellen, pustulöses Syphilid, Miliaria, Bromausschlag, Impetigo contagiosa, und die zuweilen nach der Impfung vorkommende vesikulöse Eruption, welche ebenso wie Roseola oder Urticaria auch nach Einverleibung von Antitoxin oder manchen Medikamenten auftritt. Einen Fall letzterer Art (vesikulöser Ausschlag) bei einem 11 Monate alten Kinde beschreibt schliefslich Verfasser; der Fall war für Varicellen gehalten worden. Die Schwierigkeit der Unterscheidung kann sogar Inokulationsversuche nötig machen. *Stern-München.*

Ein Fall von Vaccinatio generalisata, von Plonski. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1901. No. 29.) Aus Lassars Klinik zeigt Verfasser zwei Patienten auf denen sich auf ekzematöser Basis allgemeine Vaccinatio entwickelt hat durch Autoinokulation. Das erste Kind war vor 14 Tagen geimpft und hatte sich durch Kratzen den Pustelnhalt auf die ekzematösen Stellen verrieben und so eine direkte Übertragung erzielt,

während das zweite Kind überhaupt nicht geimpft war, sondern durch Berührung seines geimpften Bruders, also unfreiwillig, infiziert wurde. Man zieht daraus die praktische Lehre, dafs man Kinder, die irgend welche Hautkrankheit haben, nie impfen soll vor Heilung der betreffenden Krankheit, und dafs man die Impfstelle selbst durch einen Verband oder Celluloidkapsel schützen soll, damit die Geimpften sich nicht den Inhalt ihrer Impfpusteln auf die übrige Körperhaut oder auf andere Personen übertragen können. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über seröse Vaccinia in Beziehung zum Kretinismus und Rhachitis, von R. Kirk-Glasgow. (*Lancet.* 4. Mai 1901.) Verfasser berichtet über verschiedene Fälle, bei denen ein gewisser Zusammenhang dieser Art nachzuweisen war, und schliefst daraus, dafs ein längeres Absondern seröser Lymphe aus den Impfbläschen für ein Symptom mangelhafter Blutbeschaffenheit zu gelten habe. Da Thyreoidextrakt hierbei gute Erfolge ergeben hat, ist auch anzunehmen, dafs die Schilddrüse von wesentlichem Einfluſs bei dieser Abnormität sei. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Keuchhusten und Impfung, von Lofruscio. (*La Semana med.* 1901. No. 14.) Verfasser hat in einer Reihe von zum Teil sehr schweren Fällen von Keuchhusten mit bestem Erfolge die Kuhpockenimpfung angewendet. *C. Müller-Genf.*

Über die Beeinflussung der Impfergebnisse durch Impfstoff und Impftechnik, von Paul Schenk-Berlin. (*Allg. med. Centralztg.* 1901. No. 53.) Verfasser giebt den Inhalt seiner Ausführungen in folgenden Sätzen wieder:

1. Bei Beurteilung der Impfergebnisse ist auf den Impfstoff mehr Gewicht zu legen, als auf die Impftechnik.

2. Für jeden Impfstoff ist durch Probeimpfung eine Minimaldosis festzusetzen.

3. Es empfiehlt sich, den Impfstoff nicht vor Ablauf einer gewissen Minimalzeit zu verimpfen.

4. Das regelmäfsige Ausbleiben der Reizerscheinungen bei Fehlimpfungen ist ein Gegenbeweis gegen die Annahme, dafs kein ursächlicher Zusammenhang zwischen den in der Tierlymphe vorhandenen Keimen und den Reizerscheinungen besteht.

5. Strengste Asepsis bei und nach der Impfung giebt keine Gewähr für Ausbleiben der Reizerscheinungen. *A. Loewald-Cassel.*

Die Impfung und ihre Technik, von Conrad Blass-Leipzig. (*Med. Biblioth. f. prakt. Ärzte.* No. 2. Zweite Auflage. C. G. Naumann-Leipzig.) Die kleine Schrift des erfahrenen Verfassers enthält in klarer, anregender Darstellung alles für den praktischen Arzt wesentliche über die Impfung und ihre Technik. Die Notwendigkeit einer zweiten Auflage spricht wohl am besten dafür, dafs das Werk in kurzer Zeit viele Freunde gefunden hat. *A. Loewald-Cassel.*

Das Impfgeschäft, von Tiburtius-Rixdorf. (*Berl. Ärzte-Corresp.* 1901. No. 22 u. 23.) Auf Grund zehnjähriger Beobachtungen teilt Verfasser sein Urteil über den vorgeschriebenen Impfmodus mit. Er behandelt die Fragen: wie ist bei und nach der Impfung Infektion der Impfstelle auszuschliefsen, und wie kann insbesondere bei der öffentlichen Impfung der Impfarzt schnell und zugleich wirksam arbeiten und die Impfung möglichst wenig unangenehm und abschreckend für die Impflinge und die die Erstimpflinge präsentierenden Angehörigen derselben gestalten? Verfasser spricht zum Schlusse den Wunsch aus, dafs in Zukunft

1. auch bei Erstimpflingen die Reaktion gegen den Impfstich, die sich durch

Bildung eines Knötchens oder Bläschens zeigt, ebenso wie bei Wiederimpflingen, als genügend anerkannt werden möge;

2. dafs nur die einmalige Wiederholung der ohne Erfolg gebliebenen Impfung verlangt werden möge. *A. Loewald-Cassel.*

Neues Impfinstrumentarium. (*Zeitschr. f. Krankenpflege.* 1901. No. 4.) Das Lindenhornsche Platin-Iridiummesser kann jederzeit ohne Schaden angeglüht werden, was kaum ¼ Minute Zeit erfordert. Das Medizinische Warenhaus hat dazu ein Impfbesteck zusammengestellt, welches drei Platin-Iridiummesser mit Lagerungsvorrichtung, eine Spiritusflamme, ein Becken für Lymphe enthält. Für Massenimpfungen praktisch sind die Nickelin-Impfspatel, die nicht rosten, gut zu sterilisieren, leicht zu handhaben und sehr billig sind. Zur Sterilisierung und zum sterilen Transport geeignet sind kleine vernickelte Metallbüchsen, in welche 25—50 Nickelin-Impfspatel hineingehen. Auch für diese Instrumente hat das Medizinische Warenhaus ein Besteck hergestellt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Über den leprösen Initialaffekt, von Leopold Glück. (*Wien. med. Wochenschr.* 1901. No. 29.) Die Frage des leprösen Initialaffektes ist, wie die vom Verfasser wiedergegebenen Arbeiten beweisen, noch strittig. Aus den Arbeiten ist besonders die von v. Reissner hervorzuheben, der in den Rigaer Armenhäusern 22 Lepröse fand, von denen sechs nur einen einfachen Initialaffekt zeigten. Er bestand in einem Hautflecke mit blassem, mehr weniger atrophischen, anästhetischen Zentrum und einem rotbraunen, erhabenen Rande. Verfasser selbst hat drei ähnliche initiale Fälle unter 200 gefunden. Der kutane Initialaffekt sitzt meistens an den Extremitäten. — Sehr viel Aufsehen haben die Arbeiten Stickers gemacht, der bekanntlich in der Nasenschleimhaut den leprösen Initialaffekt sucht. Verfasser unterwirft die von Sticker angeführten acht Beweismomente einer Kritik. Die manifeste Knotenlepra beginnt nicht, wie Sticker meint, meistens in der unmittelbaren Umgebung der Nase. Örtliche Störungen in der Nase als Prodrome der Lepra und der Nachschübe sind durchaus nicht häufig. Wenn Sticker den Affekt in der Nase als die einzig konstante Veränderung bei der Lepra bezeichnet, so widerspricht dem nicht nur die Erfahrung anderer Autoren, sondern auch seine eigene Statistik, da bei 10% seiner Fälle die Nase normal war. — Geschwüre und deren Folgezustände, wie sie Sticker erwähnt, sind nach seinem eigenen Bericht nur bei einer Minderheit der Fälle zu finden, sonst handelt es sich um sehr unbedeutende Läsionen. — Bei der Nervenlepra hat Sticker selbst in fast 15% der Fälle eine Nasenaffektion gefunden. Wenn im Nasensekret stets Leprabacillen vorhanden sind, so beweist das nichts, da auch alle leprösen Produkte bacillenhaltig sind. Verfasser hat bei fünf Fällen tuberöser Lepra im Sekret vorhandener Nasengeschwüre keine Bacillen finden können. Wahrscheinlich beginnt die Lepra gleich der erworbenen Syphilis mit einem Initialaffekte. Die Impfbeobachtungen von Arning und anderen werden angeführt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Histologische und bakteriologische Untersuchungen über einen Fall von Lepra tuberosoanästhetica mit besonderer Berücksichtigung des Nervensystems, von Uhlenhuth und A. Westphal. (*Klin. Jahrbuch.* 1901.) Ein genau untersuchter Fall giebt Veranlassung zu der folgenden Arbeit, aus der einiges hervorgehoben sei:

Die Haut enthielt im Epithel niemals Leprabacillen, wie sie andere Autoren hier gefunden haben wollen. Unterhalb des Rete liegt noch eine bacillenfreie Zone. Im Korium massenhaft Bacillen in Zellen, aus denen auch die Gloli hervorgehen sollen. Die Blutgefäfswandungen, besonders die Endothelien der Kapillaren sind sehr reich an Bacillen. Völlig frei von solchen waren die Schweifsdrüsen und Talgdrüsen. — Die Schleimhaut der oberen Luft- und Verdauungswege war mit Ausnahme des Epithels und der Schleimdrüsen durchsetzt von Bacillen, die in gröfster Menge die Nasenschleimhaut, besonders diejenige der Muskeln, erfüllten. Der Nasenschleim war sehr bacillenreich, trotzdem auch hier die Schleimdrüsen keine Bacillen enthielten. Die Knorpelzellen sind frei von Bacillen. Die Schleimhaut des weiteren Digestionsapparates war normal und enthielt auch keine Bacillen. Lungen und Bronchialdrüsen wiesen einzelne Bacillen auf ohne jede histologische Veränderung. In der Leber starke interstitielle Rundzellenwucherung mit vielen Bacillen; solche auch in der hyperplastischen Milz. Die Hoden, sehr verändert, weisen enorme Bacillenmengen. In den Nieren findet man trotz starker pathologischer Anomalien nur sehr spärlich Bacillen. Nebennieren, Harnblase, Pancreas, submaxillare Speicheldrüsen normal. Die subcutanen Lymphdrüsen zeigen auffallend viele Bacillen in der Rindensubstanz, wenig in der Marksubstanz. Die Lymphbahnen vollgepfropft mit Bacillen, die oft grofse Schollen bilden. Viele Bacillen im Knochenmark, im interstitiellen Muskelgewebe, viele in den Muskelzellen, ferner in der Intima der grofsen Gefäfse. Sehr durchsetzt von Bacillen waren Conjunctiva, Cornea, Iris, Corpus ciliare. Frei war auch hier das Epithel und das Konjunktivalsekret. Glaskörper, Linse, Chorioidea und Retina waren vollkommen normal. Besonders eingehend sind die Nervenbefunde mitgeteilt. Der N. ulnaris zeigte starke Verdickung des Perineurium und der in ihm liegenden Blutgefäfswandungen; mehr oder weniger starke Zunahme des Endoneuriums mit entsprechendem Schwund der Nervenfasern, gröfsere Kernanhäufungen, besonders um die Gefäfse herum, viele Bacillen, die zum Teil in den Nervenfasern selbst zu sitzen scheinen. Ähnliches im N. peroneus und saphenus; besonders stark atrophisch ist der letztere. N. vagus und sympathicus waren normal und bacillenfrei. Das Rückenmark weist nichts Abnormes auf; auch die hinteren Wurzeln sind normal. Die Spinalganglien zum Teil etwas verändert; die Ganglienzellen geschwollen, vakuoliert, die Kernkörperchen geschwunden, die Kapsel verdickt. Im zentralen Nervensystem sind trotz fehlender pathologischer Veränderungen doch Bacillen nachzuweisen. Bemerkenswert ist, dafs der Bacillenreichtum und Schwere der Organveränderungen nicht immer einander parallel gehen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zur Bakteriologie der Lepra, von J. Baramikow. (*Centralbl. f. Bakteriol.* 29. No. 20.) Aus der bakterioskopischen Analyse der Lepromata folgert Verfasser: 1. Die in Lepromata hominis sich findenden Mikrobienformen sind mannigfaltig und zeigen alle Übergangsbilder von den einfachsten bis zu den kompliziertesten. 2. Bei Doppelfärbung bleibt die Mehrzahl der Mikrobienformen säurefest, die Minderzahl nimmt eine andere, gemischte Farbe an. 3. Das zu verarbeitende Material mufs ganz steril sein. 4. Ein dünnfädiges Gewirr aus feinen und sich schwach färbenden Mikrobien umgiebt die ring- und kegelförmigen Gebilde. 5. Dieses Gewirr ist zu unterscheiden von glänzenden, kettenartigen nicht färbbaren Gebilden. 6. Im subepidermoidalen Raum liegen staphylokokkenähnliche Formen. 7. Man hat die Möglichkeit die verschiedenen Formen des Mikroorganismus zu kultivieren und die einzelnen Entwickelungsgrade ineinander überzuführen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

In der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 14) demonstrierte Doutrelepont einen Fall von **Lepra mixta**;

der Patient, ein 46jähriger kräftiger Mann, ist geborener Rheinländer, hat aber lange in Südafrika gelebt. Die Hauterscheinungen sind sehr ausgebreitet, von Nervenstämmen ist vielleicht der linke Ulnaris verdickt. Die Nasenschleimhaut zeigt Erosionen, im Nasensekret zahlreiche Leprabacillen. Die Behandlung besteht vorläufig in der Darreichung von Natr. salicyl; später sollen subcutane Injektionen von Chaulmoograöl gemacht werden. Die äufserliche Applikation von Salicylzinkpaste, unter der die Tumoren im Gesicht zurückzugehen scheinen, wirkt wohl mehr im Sinne einer Ruhigstellung der gereizten Haut. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von Lepra tuberosa, von Demitsch. (*Wratsch.* 1901. No. 24.) Verfasser hat während seiner zweijährigen Thätigkeit als Assistent am Kriegshospital zu Kiew zwei Fälle von Lepra beobachtet, Lepra anaesthetica bei einer Bettlerin, Lepra tuberosa bei einem 49jährigen, jüdischen Händler, von denen er letzteren genau beschreibt. Beide Mal handelte es sich um sporadische Leprafälle, jedoch rät Verfasser alle derartige Beobachtungen zu veröffentlichen, um mit der Zeit eine wirklich genaue Kenntnis aller in Rufsland vorhandenen Leprafälle zu gewinnen.

A. Jordan-Moskau.

Verschiedenes.

Geschlechtskrankheiten und Krankenkassen, von A. Neisser - Breslau. (*Arbeiter-Versorgung.* No. 4.) In einer populär gehaltenen Schrift bespricht Verfasser in klarer und eingehender Weise das Kranken-Versicherungsgesetz mit besonderem Hinblick auf § 6a und 26a, welche Bestimmungen von Krankheiten behandeln, die die Versicherten durch „geschlechtliche Ausschweifungen" sich zugezogen haben. Verfasser plädiert für die Abschaffung dieser Paragraphen, welche bewirken, dafs den Geschlechtskranken für diese Leiden das Krankengeld gar nicht oder nur teilweise zu gewähren ist, er weist die Schädlichkeiten dieser Bestimmung eingehend nach und empfiehlt, allen öffentlichen Krankenhäusern, soweit ihre Einrichtungen dies zulassen, die Verpflichtung aufzuerlegen, Geschlechtskranken, insbesondere solchen, die Mitglieder von Krankenkassen sind, Aufnahme zu gewähren. Die Kosten sollen die Krankenkassen zum Teil tragen, der andere Teil ist aus öffentlichen Mitteln zu ersetzen, da es im öffentlichen Interesse ist, dafs die so Erkrankten einer möglichst gründlichen Behandlung von Anfang an unterzogen werden. Die Behandlung selbst ist, wenn möglich, von spezialistisch ausgebildeten Ärzten zu besorgen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Druckfehler: Heft 10 (Bd. XXXIII) Seite 559, Zeile 12 von unten, soll es statt von den „Händen" aus heifsen:
von den „Häuten" aus.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXXIV. No. 2. 15. Januar 1902.

Bettnässen — Schlafpollutionen.
Analogie.

Von

Dr. Moritz Porosz,

em. Assistenzarzt der dermatologischen Universitätsklinik zu Budapest.

I.

In einer meiner früheren Arbeiten habe ich nachgewiesen, dafs die im Kindesalter auftretende Enuresis nocturna einerseits durch die Schwäche des blasenschliefsenden Muskels, andererseits durch die Verminderung der Sensibilität der ganzen Harnröhre hervorgerufen wird.

Liegt die Ursache der Enuresis in der Schwäche des blasenschliefsenden Muskels, hört das Leiden in den meisten Fällen während der Pubertätszeit auf. Diese Veränderung wird durch die energische Entwickelung der Prostata hervorgerufen, die um den Blasenhals ein ringförmiges Muskelbündel bildet, welches die Blase schliefst und die im Geschlechtsleben eine Rolle spielenden Mündungen gegen den Einfluss des Urins schützt.

Bis zu seiner vollständigen Entwickelung schliefst die Blase der Sphincter urethrae, der sogenannte Sphincter vesic. urin. ext. Auch bei Kindern ist dies der Fall. Deshalb beenden die Knaben das Urinieren bis zum Beginne der Pubertät normal, mit Nachtröpfeln, während bei Erwachsenen diese Form der Beendigung pathologisch ist. Ein gesunder Mensch beendet das Urinieren mit einem in 1—3 Abschnitten hervordringenden Strahl. Folgender, lange Zeit pünktlich beobachteter und geheilter Fall sei zur Bekräftigung dessen hier angeführt:

J. K., 14 Jahre alt, Schüler, Sohn eines Ingenieurs, läfst seit seiner zartesten Jugend jede Nacht den Urin ins Bett. Seine Eltern hatten alles Erdenkliche aufgeboten, um ihn von diesem lästigen Leiden zu befreien. Sie legten ihm allerhand Strafen auf, unterbrachen in der Nacht seinen Schlaf, liefsen ihn Bäder nehmen, unterzogen ihn den verschiedensten Turn- und Leibesübungen und liefsen ihn eine strenge Diät beobachten. Aber alles war vergebens. Diese Behandlung hatte nur den einen Erfolg, dafs es manchmal, wenn er sich später zu Bette legte und um 11 oder

12 Uhr geweckt wurde, gelungen ist, das Bettnässen zu verhindern. Infolge der Empfehlung des Herrn Kollegen Dr. J. Sch. kam der Patient in meine Behandlung. Von ihm brachte ich dann in Erfahrung, dafs er auch bei Tag 6—8 mal Wasser abschlagen mufs. Halten ihn die Kinderspiele gefangen und er geht nicht sofort, sobald sich der Harndrang meldet, urinieren, geht der Urin von selbst ab, bevor er noch einen entsprechenden Ort aufgesucht hat. In der Schule ist es ihm daher gestattet, während der Unterrichtszeit wann immer den Lehrsaal zu verlassen.

Er ist ein gut entwickelter, pausbackiger, fleifsiger Junge mit lebhaftem Verstande. Nur seine Geschlechtsorgane sind in der Entwickelung einigermafsen zurückgeblieben. Die Harnmenge beträgt nach starkem Harndrange 50 ccm. Das Urinieren wird mit Nachtröpfeln beendet. Die Prostata ist klein, verkümmert, unentwickelt und hat unbestimmbare Ränder.

Dieser Umstand und die klinischen Symptome wiesen darauf hin, dafs der Sphincter vesic. inter. noch nicht in Action ist, und dafs der Sphincter vesic. ext. schwach ist. Behufs Kräftigung des innern blasenschliefsenden Muskels habe ich die aktive tonisierende Thätigkeit der Prostatamuskulatur mittels faradischen Stromes (nach einem eigenen Verfahren) vorgenommen.

Den faradischen Strom habe ich mit Hilfe eines von mir konstruierten Mastdarm-Elektrods[1] und eines über dem Pubis plazierten flachen Elektrods der angedeuteten Stelle zugeführt. Die Folge dieses Vorgehens war, dafs der Patient bei Tag fünfmal urinierte und bei Nacht zweimal erwachte und urinierte, ohne dafs er geweckt werden mufste. Er ist immer infolge des Harndranges von selbst erwacht. Die täglich gemessene Harnmenge, die schon einen Harndrang auslöste, stieg auf 70 ccm. In der dem vierten Tage der Behandlung folgenden Nacht erwachte er, weil der Urin in Flufs geraten war. Er hielt sich aber zurück und entleerte die zurückgebliebene Harnmenge, nachdem er aufgestanden war. Später urinierte er bei Tag weniger häufig, und die einen Harndrang auslösende Harnmenge stieg stetig auf 90, 100 und 110 ccm. Bei stufenweiser Forzierung konnte er 210 ccm zurückhalten. Um diese Zeit mufste er in der Nacht nur einmal aufstehen und bei Tag urinierte er dreimal. Die Notwendigkeit des nächtlichen Urinierens trat mit der Zeit immer später ein, bis der Harndrang sich in den frühen Morgenstunden meldete, und noch später konnte er sich bis zum Aufstehen gedulden. Dieser Status trat in der dritten Woche der Behandlung ein, als die Harnmenge von 150 ccm noch keinen Harndrang auslöste und die Beendigung des Urinierens mit normalen Nachspritzern erfolgte.

Später mufste er in 24 Stunden dreimal, regelmäfsig aber viermal urinieren.

---

[1] Das Instrument wurde dem Moskauer Kongresse (1897) vorgelegt.

Nach einem viel später stattgefundenen Theeabend träumte er, nachdem er sich zu Bett gelegt hatte, ohne zu urinieren, dafs er nach einem starken Harndrang endlich einen geeigneten Platz gefunden, wo er die Notdurft verrichten könnte. Er hat auch in der That mit dem Urinieren begonnen. Daraufhin erwachte er und setzte, nachdem er aufgestanden war, den Akt fort. Seither sind Monate verflossen, und der Zustand des Patienten, den ich stets beobachte, ist vollkommen gut. Sowohl der häufige Harndrang, als auch das nächtliche Bettnässen hat ganz aufgehört. Die Faradisierung der Prostata hatte ich einen Monat lang täglich einmal, später immer seltener vorgenommen.

Der Urin des Patienten war kristallrein, und so lag keine Veranlassung vor, an eine Cystitis zu denken.

Die häufige Entleerung des Urins war nur die Folge der überaus schwachen Entwickelung des Sphincter vesic. int. und des Ausbleibens der Erstarkung der Prostatamuskulatur, wozu sich auch eine Schwäche der Schliefsmuskel der Harnröhre gesellte. Der innere Druck der Blase steigt mit der Anhäufung des Urins. Diesen inneren Druck müssen die Schliefsmuskeln aushalten. Dessen maximale Grenze entsprach vor der Behandlung einer Harnmenge von 50 ccm.

Öffnen sich die Schliefsmuskeln, tritt der Harndrang ein. Je leichter diese Prozedur vor sich geht, um so kleiner ist der Drang. Je schwerer dies geht, je gröfser die Entwickelung des Widerstandes der Schliefsmuskulatur ist, um so stärker ist der Reiz. Darin liegt die Ursache, dafs unser Patient, wenn er den Urin zu halten versuchte, einen starken Harndrang fühlte. In der Nacht, wenn der freie Wille suspendiert ist, tritt der steigende Harndrang nicht ein, weil das absichtliche Ansichhalten unmöglich ist. Das Öffnen der schwachen Schliefsmuskeln ruft einen kleinen Drang hervor, so dafs der Patient dabei gar nicht erwacht. Dieselbe Wahrnehmung kann man auch bei den Schliefsmuskeln des Mastdarms machen. Leistet der Patient bei der rektalen Untersuchung Widerstand, dann ruft die Einführung des Fingers einen Stuhldrang hervor. Auch das Öffnen des blasenschliefsenden Muskels mit Hülfe eines Instrumentes ruft einen Harndrang hervor, wie dies bei der Einführung eines Guyonkatheters oder einer Sonde beobachtet werden kann. In diesem Falle hat die Beurteilung des Wesens des Leidens auch der Umstand gerechtfertigt, dafs das früher mit Tröpfeln zu Ende gehende Urinieren jetzt schon mit einem Nachspritzer seinen Abschlufs findet. Dies kann nach der Reaktionskontraktion der Harnröhrenmuskulatur nur dann eintreten, wenn die Harnmenge, welche in den zwischen den zwei Schliefsmuskeln befindlichen Teil der Harnröhre eingeschlossen ist, infolge des entsprechenden Druckes den Widerstand der Schliefsmuskulatur der Harnröhre durchbricht.

II.

In dem folgenden Falle waren aufser den geschilderten Abweichungen beim Harnlassen auch die mit den Pollutionen gewöhnlich Hand in Hand gehenden Erscheinungen vorhanden. Der Fall betrifft M. St., einen 28-jährigen Kaufmann, der sich darüber beklagt, dafs er wöchentlich auch 3—4 mal Pollutionen habe, Sie traten unbedingt immer dann ein, wenn er drei Tage lang keinen Coitus vornimmt. Deshalb dürfe er nicht länger als 1—2 Tage mit dem Coitus pausieren. Die fleischlichen Gelüste erwachen sehr rasch bei ihm und seien zumeist so stark, dafs er am nächsten Tage wieder einen Coitus vornimmt. Der Verlauf desselben sei schnell. Bei einer nur mäfsigen Erregung tritt schon nach 3—5 Friktionen die Ejakulation ein, welche nur von einem schwachen Wollustgefühl begleitet ist. Das Gefühl der Befriedigung folge ihr fast niemals, deshalb wiederhole er zumeist schon nach kurzer Zeit den Coitus. Bei diesem thuen schon 10—12 Friktionen not. Dies war aber das Maximum.

Der Harndrang trete täglich 8 mal, in der Nacht 1—2 mal auf; selbstredend müsse er dann auch urinieren. Das Urinieren fände nicht in Strahlen, sondern in Tropfen seinen Abschlufs. In der Harnröhre bleiben immer einige Tropfen Urin, wie auch nach dem Coitus einige Tropfen Sperma.

All diese Beschwerden habe er seit zwei Jahren, seit seiner letzten Blennorrhoe.

Vor dieser hatte er schon dreimal Blennorrhoe mit Epididymitis und mit blutiger Strangurie. In allen Fällen war das Leiden sehr langwierig. Die allerletzte Blennorrhoe wurde $1^1/_2$ Jahre behandelt, so dafs bisher das Geschlechtsleben beinahe immer durch die Blennorrhoe beeinträchtigt war. Im Alter von 15 Jahren traten die ersten Pollutionen auf, ungefähr allmonatlich einmal. Abstinierte er während der Dauer der Blennorrhoe, so traten die Pollutionen zumeist zweiwöchentlich auf. Er onanierte niemals. Im Alter von 15—16 Jahren nahm er den ersten Coitus vor. Seit 5 Jahren wöchentlich 1—2 mal, nur seit der letzten Blennorrhoe häufiger, um Pollutionen vorzubeugen, die aber trotz alldem noch 3—4 mal wöchentlich auftraten. Seit 3—4 Monaten fühle er nach den Pollutionen Mattigkeit, Schlaffheit und Unlust zur Arbeit. Bei Defäkationen habe er keinen Ausfluſs wahrgenommen. Ich habe aber in dem in einer Fiole aufgefangenen Urin Sperma gefunden. Kniereflexe sind gesteigert. Erektionen treten morgens selten auf, in den Abendstunden aber melden sie sich, wenn er an einen Coitus dachte, sehr häufig.

Die Prostata ist umfangreich, hat längliche, knotige Lappen, in denen konsistentere Teile gefühlt werden.

Die positiven Veränderungen der Prostata, die Aufeinanderfolge der

Symptome lassen es als zweifellos erscheinen, dafs der häufige Harndrang — bei reinem Urin — so auch die oft auftretenden Pollutionen eine Folge der letzten Blennorrhoe waren.

Der Berührungspunkt beider klinischen Syptome ist die Prostata. In ihrem Mechanismus lag der Fehler, der funktionelle Störungen zur Folge hatte.

Ergänzen wir noch diesen Befund damit, dafs wir in dem Urin nach Betasten der Prostata eine geringe Menge von runden Zellen und normalen Prostataprodukten, so auch Spermazellen gefunden haben, so haben wir ein getreues Bild der Krankheitsform. Und diese ist eine schon verlaufene Entzündung der Prostata, welche die ungenügende Thätigkeit der Schliefsmuskel der Samenblase, so auch der Harnblase hervorgerufen hat.

Der sich häufig meldende Drang bei kristallreinem Urin zeigt, dafs die blasenschliefsende Muskulatur den Druck in der Harnblase, der mit dem bis zur normalen Menge sich anhäufenden Urin auftritt, nicht ertragen konnte, sondern schon früher dem Drucke nachgegeben und dadurch den Harndrang hervorgerufen hat. Aus demselben Grunde ist auch die Notwendigkeit des Urinierens in der Nacht aufgetreten.

Bei der Samenblase aber ist die Auslösung der Thätigkeit des Mechanismus nicht ganz identisch. Die plötzliche Steigerung des inneren Druckes der Samenblase kann auch vor Eintritt des Vollseins dadurch hervorgerufen werden, dafs ein Reflex im Wege der Psyche die Kontraktion der Samenblase hervorruft. Dem damit verbundenen gröfseren Druck geben die unzulänglichen Schliefsmuskel der Samenblase nach, die sich auch öffnen würden, wenn es das im wachen Zustande befindliche Individuum nicht verhindern würde. Der Öffnungsversuch der Schliefsmuskeln ruft ein Wollustgefühl hervor. Je leichter das Auseinandergehen der Schliefsmuskeln zu erreichen ist, desto häufiger wird auch das Wollustgefühl ausgelöst. Darin liegt auch die Ursache, dafs unser Patient so rasch und leicht den Höhepunkt der Erregung erreicht. Andererseits liegt auch darin die Ursache, dafs die Ejakulation so rasch eintritt, welche unter gewöhnlichen Verhältnissen nur nach Friktionen von gewisser Anzahl, infolge einer im Reflexwege ausgelösten hochgradigen Kontraktion der Samenblase zustande zu kommen pflegt. Die Schlafpollutionen hingegen können, wenn der störende Wille suspendiert ist, auch infolge des Druckes der Harnblase auftreten. Sind die Pollutionen rasch vor sich gegangen, hat der Patient auch keinen Traum gehabt. In den meisten Fällen ist dies auch der Fall gewesen. Es ist nur selten vorgekommen, dafs er bei dieser Erregung Zeit gehabt hätte, zu irgend einem, dem Coitus vorangehenden erotischen Traumbilde zu gelangen.

Für die Schwäche der Schliefsmuskel der Samenblase sprechen auch die Spermazellen, die in dem nach der Defäkation aufgefangenen Urin

gefunden worden sind. Es scheint, auch der Druck der Bauchpresse genüge, um von dem Inhalte der Samenblase etwas auszupressen.

Auch die Therapie — Prostatafaradisierung per Rectum — hat meine Annahme bestätigt.

Das Urinieren erfolgte immer seltener, bis nach dreiwöchentlicher Behandlung das sich immer später meldende nächtliche Urinieren bis zum Erwachen am Morgen ausgeblieben und es in normalen Nachspritzern zu Ende gegangen ist. Nach 4—5 Wochen urinierte der Patient viermal bei Tag, in der Nacht aber niemals. Das erste Zeichen der in der sexuellen Sphäre sich zeigenden Besserung war, dafs die Erektionen im wachen Zustande während des Liegens im Bett nicht so rasch auftraten. Andererseits traten langsam stärker werdende und anhaltende Erektionen des Morgens auf. Pollutionen traten anfangs wohl in Erscheinung, aber immer nur während erotischer Träume. Nur einmal, nach spät eingenommenem Abendessen und Biertrinken, trat auch ohne Traumbild eine Pollution ein. Die am Ende der vierten Woche beginnende vierte Pollution aber ist, obgleich er von einem vorzunehmenden Coitus träumte, noch vor der Ejakulation ausgeblieben. Sein Allgemeinbefinden wurde jetzt durch die Pollutionen nicht alteriert. Auch der Verlauf des Coitus war schon nach einwöchentlicher Behandlung ein befriedigenderer. Damals war die Zahl der Friktionen zwölf, die Ejakulation war stärker, das Wollustgefühl — trotz der einwöchentlichen Abstinenz — viel gesteigerter. Der Zustand besserte sich zusehends, die Zahl der Friktionen stieg, so dafs er jetzt 25—30, ja sogar 35 Friktionen bis zur Ejakulation benötigt.

Der Patient, der die Erektionen vor der Behandlung als genügend bezeichnete, war jetzt schon zur Überzeugung gekommen, dafs sie damals nicht so vollkommen waren wie jetzt. Auch der energische Verlauf der Ejakulationen, welchen vollkommene Befriedigung folgte, brachte ihn zur Erkenntnis, dafs sie früher nicht ganz tadellos waren.

Der Patient wird in diesem geheilten Zustande seit Monaten von mir beobachtet.

Während in dem jetzt erwähnten Falle die häufig auftretenden Pollutionen, der noch öfter sich meldende Harndrang und das Tröpfeln beim Beenden des Urinierens nach mehrfacher Blennorrhoe aufgetreten sind, dessen allgemein anerkannte, auch objektiv nachweisbare Ursache die Prostata von veränderter Gröfse und Konsistenz ist, sind im folgenden Falle vollkommen identische, klinische Symptome ohne vorausgegangene Blennorrhoe in Erscheinung getreten.

N. B., Schüler, 19 Jahre alt. Sein Vater ist an Paralysis progressiva gestorben. Sein älterer Bruder, der eine Prostatitis post blennorrhoeam hatte, wurde wegen häufiger Pollutionen, Prostatorrhoea und Spermatorrhoea von mir

behandelt und ganz geheilt.[2] Der junge Mann, von kleinerer Gestalt und schwächerer Konstitution, ist des Morgens abgespannt, müde und schläfrig. Abends kann er nur schwer einschlafen. Manchmal hat er auch Kopfschmerzen. Der Kniereflex ist gesteigert. Von seiner Krankengeschichte ist hervorzuheben, dafs er nach seiner eigenen Aussage im Alter von 15 Jahren zu onanieren begonnen hat und dafs er die Selbstbefleckung zwei Jahre lang wöchentlich 1—2 mal betrieben hat. Im Alter von 16 Jahren hat er den ersten Coitus vorgenommen; anfangs hat er 2—3 mal wöchentlich coitiert und nebenher auch onaniert. In jüngster Zeit coitirt er wöchentlich. Wenn er an den Coitus denkt, ist er sehr aufgeregt und seine Hände zittern. Seitdem er das Onanieren aufgegeben, sind bei ihm Pollutionen aufgetreten, die sich einige Wochen lang an jedem zweiten oder dritten Tag einstellten. Später merkte er bei hartem Stuhlgang einen Ausfluſs einiger Tropfen „Natur". Solange der Defäkationsausfluſs häufig auftrat, stellten sich die Pollutionen seltener ein, so dafs in der letzten Zeit auch zwei Monate verflossen sind, ohne dafs er Pollutionen gehabt hatte. Der Defäkationsausfluſs ist aber weiter geblieben. Blennorrhoe hatte er niemals. Der Harndrang meldet sich auch 10—12 mal täglich, der Abschluſs des Urinierens geschieht tröpfelnd; ein Teil des Urins und des Spermas bleibt immer in der Harnröhre zurück.

Die Erektion tritt beim Coitus sehr rasch ein, ist ziemlich stark, doch nach 5—6 Friktionen tritt die Ejakulation ein, nach der sofort Erschlaffung folgt. Die Prostata ist von normaler Gröſse, aber von sehr weicher Konsistenz, beim Betasten mit dem Finger entleeren sich, ein Gefühl wie bei Ejakulationen hervorrufend, mehrere wässerige, milchfarbige, schleimige Tropfen, in denen gallertartige Brocken und in diesen viele Samenzellen zu finden sind. Dabei normales Prostatasekret mit geschichteten Amyloidkörpern. Auf Grund der klinischen Symptome und des objektiven Befundes habe ich Prostataatonie diagnostiziert.[3] Folgende Therapie habe ich zur Anwendung gebracht: die Prostata habe ich mit faradischen Strömen per Rectum in Thätigkeit gesetzt. Die Behandlung hatte folgenden Erfolg: der Defäkationsausfluſs, in dem Spermazellen und Prostataschleim war, ist immer geringer geworden und hat sich seltener eingestellt. Die Erektionen am Morgen sind stärker geworden und waren beim Coitus anhaltender. Das Wollustgefühl hat sich gesteigert und Ejakulationen sind nach 15—20—25 Friktionen eingetreten.

Nach einwöchentlicher Behandlung urinierte er siebenmal, nach vierwöchentlicher täglich viermal. Das Beenden des Urinierens erfolgte mit Nachspritzern. Der Defäkationsausfluſs ist ganz ausgeblieben. Nach zwei

[2] Störungen der Samenentleerung. *Wien. Med. Blätter.* 1899.
[3] Mein Vortrag über die Prostataatonie ist im Jahrbuch der XXX. Wanderversammlung ungarischer Ärzte und Naturforscher erschienen.

Monaten war die Prostata weniger weich, die rechte Lappenspitze war entschieden konsistenter.

Dieser Zustand hält schon seit zwei Jahren an. Nach Abstinenz, Ermattung oder Obstipation stellte sich noch angeblich Defäkationsausfluß ein, ohne daß aber auch die übrigen atonischen Symptome aufgetreten wären.

Sämtliche Symptome dieses Falles hätte nach der angenommenen Theorie einen Schulfall der sexuellen Neurasthenie bei Belastung gebildet. Thatsache ist aber, daß auch einige auf Neurasthenie hindeutende Symptome vorhanden waren, Und ich habe danach ein Prostataleiden angenommen und den Fall durch Tonisierung der Prostata geheilt.

In den früheren zwei Fällen hat die Veränderung der Prostata ihre Behandlung für begründet erscheinen lassen. Dieser Fall hingegen hat mich infolge der Identität der klinischen Symptome dazu veranlaßt, die Quelle des Leidens dort zu suchen. In vielen anderen ähnlichen Fällen konnte ich auch eine derartige Veränderung der Prostata konstatieren. Die weiche Konsistenz der Prostata läßt eine Atonie ihrer Muskulatur voraussetzen. Die Annahme einer Atonie war wegen des infolge des geschwächten Schließmuskels sich häufig einstellenden Harndranges, so auch wegen der infolge des geschwächten Schließmuskels der Samenblase rasch auftretenden Ejakulationen begründet. Der tröpfelnde Abschluß des Urinierens lenkte ebenfalls unsere Aufmerksamkeit auf das geschwächte Muskelbündel der Prostata, welches wir als blasenschließenden Muskel kennen.

III.

Im folgenden Fall sind die Blennorrhoen, die von kurzer Dauer waren, ganz ohne Komplikationen verlaufen. Beim Patienten war nur eine ein Jahr lang anhaltende Unmäßigkeit, abusus in sexualibus, zu verzeichnen.

S. Kr., 29 Jahre alt, Kaufmann, leidet seit 3—5 Jahren an häufigen Pollutionen. Onanie hat er nie betrieben. Im Alter von 16 Jahren hat er den ersten Coitus vorgenommen, ungefähr zwei Jahre coitirte er 1—2-monatlich einmal, später 1—2-wöchentlich, nur im Alter von 25 Jahren ein Jahr hindurch beinahe täglich. Während dieser Zeit wiederholte er den Akt auch zweimal hintereinander. Nach Lösung des Liebesverhältnisses traten Pollutionen auf und zwar wöchentlich 3—4 mal, in einer Nacht auch 2—3 mal, zumeist ohne jeden vorangegangenen Traum, ab und zu während eines Traumes von einem beabsichtigten Coitus, doch niemals hielt das Traumbild bis zur Inmmissio an.

Im Alter von 23 Jahren hatte er die dritte Blennorhoe. Alle dauerten 3—4 Wochen und verliefen ohne Komplikationen. Erektionen

hatte er des Morgens selten, und wenn auch solche auftraten, waren sie schwach. Bei beabsichtigtem Coitus stellen sie sich leicht ein, doch schon nach 2—3 Friktionen treten Ejakulationen ein, welche auf einmal verlaufen. Nachher verschwinden die Erektionen und in der Harnröhre bleiben einige Tropfen zurück. Wollustgefühl ist kaum vorhanden. Gesteigerte, leicht auslösbare Libido. Auch beim Coitus muſs er mit dem Beginn des Akts eilen, damit vor der Inmmissio keine Ejakulation eintrete. Wenn er nur mit einer Dame spricht, stellt sich bei ihm Urethrorrhoea ex libidine ein.

Nach den Pollutionen ist er abgespannt, matt, aufgeregt. Seine Hände zittern (das ist bei ihm ein Familienleiden, es hält schon 10—12 Jahr bei ihm an). Morgens ist er matter als Abends, wenn er sich niederlegt. Kniereflexe sind bedeutend gesteigert.

Er uriniert täglich 3—4 mal, er kann den Urin lange zurüchhalten. Vor Abschluſs des Urinierens fängt das Tröpfeln an und in der Harnröhre bleibt immer Urin zurück. Die Proxtata ist flach, mit kaum fühlbaren Grenzen, nicht empfindlich. Nach der Betastung waren im Urin Spermazellen. Einigemal hat er einen Defäkationsausfluſs wahrgenommen. In dem nach der Defäkation in eine Phiole aufgefangenen Urin waren Spermazellen.

Sein Leiden ist älteren Datums; seine allgemeine Nervosität nimmt nach den Pollutionen und nach dem unvollkommenen Coitus zu. Die medikamentöse Behandlung und die Wasserkur hat auſser einer geringen Besserung seiner Nervosität in seinem sexuellen Leiden kaum eine Änderung hervorgerufen. Die Therapie war folgende: Die Prostata wurde mittels faradischen Stromes per rectum in Thätigkeit gesetzt. Am 5. Tage der Behandlung hat er ohne Traum Pollution, so auch nach vier Wochen nach einem bis zu Ende geträumten Coitus. Darauf folgten nervöse Symptome in kaum wahrnehmbarem Grade. Einmal hatte er einen Pollutionstraum, aber ohne Ejakulation.

Die Erektionen wurden langsam stärker und stellten sich des Morgens ein. Nur nach einem Coitus pausieren sie 1—2 Tage. Am Ende der ersten Woche endete der Coitus nach 5—6 Friktionen mit Ejakulation. Das Wollustgefühl war besser und es folgte darauf vollständige Erschlaffung. Zwei Wochen später war die allgemeine Ruhe prägnant, weil, wie auch er sagte, ihn die Pollutionen nicht stören. Das Handzittern tritt manchmal auf, aber schwächer als zuvor. Der Coitus endete nach 14 Friktionen bei befriedigender Erektion mit genügendem Wollustgefühl, und mit energischer Ejakulation, nach der die Erektion noch anhielt. Nachher war das Gefühl der Befriedigung vorhanden, während es ihm zuvor unbekannt war. Später beendete er nach 20 Friktionen mit einer Ejakulation in mehreren Abschnitten den Coitus, noch später benötigte er 34 Frik-

tionen. Dieser Zustand mit Nachspritzern hält schon seit Monaten an. Spricht er mit einer Dame, ist er nicht aufgeregt und die Libido erreicht nicht so leicht den Höhepunkt.

Auch dieser Fall ist eine typische sexuelle Neurasthenie. In Budapest giebt es kaum einen Nervenarzt, der ihn nicht kennen würde. Und doch ist sein Leiden nichts anderes als Prostataatonie. In dieses Krankenbild paſst die klinische Symptomengruppe seines Leidens hinein, neben dem sich die anderen Ursachen zuzuschreibende Neurasthenie verschlimmerte. Diese Symptomengruppe der Neurasthenie ist parallel mit der Besserung verschwunden, während die andere Symptomengruppe, welche nicht durch die Prostataatonie hervorgerufen worden ist, noch zurückblieb.

* * *

Vergleichen wir die aufgezählten vier Fälle, so fällt uns auch ohne jeden besonderen Hinweis auf, worin sie übereinstimmen und worin sie sich von einander unterscheiden. In allen vier Fällen ist eine objektive konstatierbare Veränderung der Prostata vorhanden. In allen vier Fällen war der Heilprozeſs und das erreichte Resultat übereinstimmend. Identisch war in allen 4 Fällen das Heilverfahren. Die Behandlung der Prostata mittels faradischen Stromes. (Das Verfahren habe ich schon eingehend geschildert. *Wien. Med. Blätter. 1899.*)

Bei dem Patienten mit der Enuresis nocturna kann meines Erachtens nicht an die Erkrankung irgend eines Nervenzentrums gedacht werden. Das ganze Krankenbild, der status praesens des Knaben schlieſsen jedes Leiden zentralen Ursprunges aus. An eine lokale Erkrankung kann um so eher gedacht werden, da der häufige Harndrang auch im wachen Zustande vorhanden ist. Das heiſst, die Blase erträgt auch im wachen Zustande keine gröſsere, besser gesagt nicht die normale Harnmenge. Die stetige Besserung aber hat den Harndrang bei Nacht hervorgerufen. Dieser Zustand war schon mit dem des zweiten Falles identisch. Auch dort war häufiges Urinieren überhaupt und Harnlassen bei Nacht vorhanden. Sogar die Prostataveränderung post blennorhoeam war ebenfalls in der gewöhnlichen bekannten Form nachweisbar. In diesem Falle brauchte man nicht meines Erachtens wegen der Abweichungen im Urinieren zur Behandlung irgend eines zentralen Leidens zu greifen. Wenn die Prostataveränderung zweifellos ist, wenn die Thätigkeit des die Prostata durchbohrenden Blasenhalses nicht tadellos ist, muſs nicht zuerst daran gedacht werden, daſs, wenn auch in der Thätigkeit des ebenfalls die Prostata durchbohrenden duct. ejac. d. h. der Samenblase Abweichungen vorhanden sind, die Ursache nicht in den Centren zu suchen ist, sondern in der Prostata?

Zeigen sich nun in dem dritten Fall all diese Symptome nach Onanie in derselben Gruppierung beisammen, muſs nicht vor Allem daran gedacht werden, daſs auch hier in der Prostata eine Veränderung vorhanden ist? Die Untersuchung hat in der That zur Konstatierung von Prostataatonie geführt.

Im vierten Falle, dem Exesse in Venere vorangegangen sind, ist mit Ausnahme des häufigen Urinierens, dieselbe Symptomengruppe vorhanden. Das Ausbleiben des häufigen Urinierens ist, wie ich schon erwähnt habe, den gut entwickelten und befriedigend thätigen Schlieſsmuskeln der Harnröhre zu verdanken. Ist ihre Thätigkeit hinreichend, kann der Urin zurückgehalten werden, gerade so, als wenn die Thätigkeit der Harnorgane normal wäre.[4]

Die Entleerung der Samenblase[5] geht mit eben solchen Symptomen vor sich, von denen auf einen gewissen Schlieſsapparat gefolgert werden muſs. Diesem Schlieſsapparat habe ich den Namen: Sphincter spermatocystae gegeben, und zwar deſshalb, weil ich seine analoge Thätigkeit mit der physiologischen der Sphincter beobachtet habe. Auch in der Entwickelung der Prostata ist eine Erscheinung vorhanden, die diese Annahme unterstützt. Ich fühle zwar, daſs ich mit dem eingehenden Studium dieser Frage noch zurück bin, ich hoffe aber, daſs ich auch anatomische Beweise zur Bekräftigung werde anführen können.

Der Sphincter (int.) der Harnblase hat die Aufgabe, den Inhalt der Harnblase durch automatische Kontraktion unabhängig von unserem Willen abzuschlieſsen. Dieselbe Aufgabe hat der Sphincter spermatocystae. In beiden Reservoirs wächst mit dem Inhalt auch der innere Druck, dem die Sphincteren gewachsen sein müssen. Der innere Druck der Samenblase aber kann auch bei geringerem Inhalte schnell steigen, wenn die Muskulatur der Samenblasenwand infolge geeigneter Einwirkung sich reflektorisch kontrahiert. Überwindet ein innerer Druck den Sphincter und eröffnet sich, so ist seitens der Harnblase Harndrang, seitens der Samenblase ein Coitusdrang fühlbar. Unter normalen Verhältnissen ist keiner so stark, keiner so auffällig häufig, daſs eine überaus groſse Eile bedingt wäre. Im pathologischen Zustande des Schlieſsapparates sind sie stark und dringend und können nur schwer unbefriedigt bleiben. Bei den sexuellen Funktionen heiſst dieser Zustand gesteigerte Libido. Auch im wachen Zustande kostet es unter diesen pathologischen Verhältnissen groſse Anstrengung, die Entleerung des Inhaltes der Reservoire durch absichtliche Kontraktion des Sphincters zu verhindern. (Bei der Harnblase kann auch der Sphinct. urethrae aushelfen).

---

[4] *Med. Wochenschr.* 1900.
[5] *Wiener Med. Blätter.* 1899 etc.

Während des Schlafens aber, wo wir über die absichtliche Kontraktion und die Vermeidung der Reflexreize nicht verfügen, giebt der überlastete Sphincter — was leicht erklärlich ist — dem inneren Drucke nach und läfst den Blaseninhalt hinaus. Und auch defshalb ist es möglich, weil der Widerstand des geschwächten Sphincters nur einen geringen Reiz auslöfst, sodafs das Bettnässen und die Spermaentleerung unbemerkt vor sich geht. Nur das Gefühl des Nafsseins bringt manchmal das Geschehene zum Bewufstsein.

Sowohl die pathologischen Schlafpollutionen, als auch die Enuresis nocturna spielen sich ohne jeden Traum ab. (Das starke Anwachsen des innern Druckes der Samenblase beim Schlafen stammt bekanntlich von dem Drucke der vollen Samenblase.) Bessert sich der Zustand, dann ist der Drang stärker und er wird dazu durch Assoziation der frei herumschweifenden Gedanken ein entsprechender Traum geschaffen. So geschieht es, dafs im Rahmen eines gewissen entsprechenden Traumbildes die Entleerung beider Blasen beginnt, worauf bald das Erwachen folgt. Bei Pollutionen tritt das Erwachen sehr oft dann erst ein, wenn die Ejakulation schon unvermeidlich ist.

So ist es auch in unseren Fällen gewesen. Macht die Besserung des Zustandes noch gröfsere Fortschritte, kann schon der Fall eintreten, dafs die Überwindung beider Sphincteren einen solch starken Drang auslöst, dafs er noch vor dem Entleeren zum Erwachen führt. Damals nimmt den Platz der Enuresis der nächtliche Harndrang, beziehungsweise das normale Urinieren ein. Bei der Samenblase geschieht es vermöge ihrer speziellen Konstruktion, dafs bei Zuendeträumen eines normalen Coitus infolge der Anhäufung der damit verbundenen eingebildeten Reflexreize Pollutionen auftraten, oder dafs auch damals keine Ejakulation zu stande kommt. Man sucht vergebens nach einem solchen Coitustraum das Ejakulat.

Wie das nächtliche Urinieren sich in dieser Weise ändert, ändert sich auch die Zahl des Harnlassens bei Tag parallel damit. Der Harndrang stellt sich seltener ein, man uriniert seltener, aber die entleerte Menge steigt. Und diese Zunahme zeigt die Erstarkung des Sphincterwiderstandes an.

Bei der Samenblase zeigt das Mafs der Sphinctererstarkung, dafs man die Kontraktion der Samenblasenwand mit Inanspruchnahme der Reflexreize steigern mufs. (Friktio). Je mehr Reflexreize in Anspruch genommen werden, um so hochgradiger mufs die Kontraktion zur Überwindung des Sphincters sein, um so gröfsern Widerstand leistet er.

Wie mit der Erstarkung des Sphincters der Harnblase die Dringlichkeit des Harndranges abnimmt, so nimmt auch mit Erstarkung der Sphincter der Samenblase die dem Coitus vorangehende, hochgradige, oft

allgemeine Erregung (Handzittern) ab, die das Nahen der Ejakulation anzeigt. In diesem Zustande befindliche Patienten rüsten sich viel ruhiger zum Coitus. Die Ejakulation verzögert sich und es ist genug Zeit, dafs sich die durch die Kontraktion der Samenblase ausgelöste Erektion vollkommen entwickelt. So tritt mit dem Harndrang am Morgen auch die der Libido normal folgende Erektion auf. Erwacht der Patient, kann er Beides konstatieren.

Unter normalen Verhältnissen kommt der Nachspritzer am Ende des Urinierens und das kräftige Ausstofsen des Ejakulats in Abschnitten gleichzeitig vor und Beide fehlen auch zugleich. Im Falle des Ausbleibens bleibt der Urin, als auch ein Teil des Ejakulats in der Harnröhre. Der Urin kommt in Tropfen heraus, das Ejakulat wird beim Herausdrücken wahrgenommen.

Beim Urintröpfeln stellt sich das Gefühl der Beendigung des Urinierens nicht ein.

Der Kranke fühlt sich, als wenn er noch Urin lassen müfste. Während der Anstrengungen pflegt die Spermatorrhoe aufzutreten. Auch bei Pollutionen kommt ein ähnliches Symptom vor. Dieses Symptom ist aber nur äufserlich dem frühern ähnlich und das ist der Mangel der auf den Coitus folgenden Befriedigung. Das Wesen ist ein ganz anderes als bei den Harnstörungen, hier ist nämlich die Ursache, dafs der Orgasmus sich nicht bis zum Höhepunkt entwickelt hat. Wie ich schon früher erwähnt habe, beendet am Höhepunkte des Orgasmus das mit der schwer ausgelösten Ejakulation verbundene hochgradige Wollustgefühl den Coitus. Auch dieses Gefühl ist nach Besserung des Zustandes ausgeprägter, weil die Überwindung des Sphincters auch mehr Reflexreize verlangt.

Die Gruppierung der Symptome und während der Besserung den parallelen Verlauf habe ich meines Erachtens mit der gegenübergestellten Thätigkeit beider Organe zur Genüge beleuchtet.

So war es auch in allen den vielen Fällen, bei denen ich die Ursache der Störungen der sexuellen Lebensthätigkeit in der Prostata gefunden habe. Aber nicht so war es in einigen Fällen, bei denen ich die Ursache der Störungen in den Centren vorausgesetzt habe. Ich habe nämlich einige Fälle gesehen, — höchstens 6—8 — bei denen ich die Ursache des Leidens nicht in der Prostata gefunden habe. Bei diesen konnte ich mit dem Finger weder Samenzellen, noch den gallertartigen Inhalt der Samenblase auspressen; es war auch nach dem Stuhlgange in dem in eine Phiole aufgefangenen Urin nichts davon zu finden. Aber in jedem anderen Falle von Pollutionen, wenn der Patient einen Defäkationsausflufs auch in Abrede gestellt hat, konnte ich in dem nach der Defäkation aufgefangenen Urin mehr oder weniger Samenzellen konstatieren.

Mein Heilverfahren, das direkt und nur gegen die Prostata gerichtet ist, hat mich nur bei Pollutionen (und auch bei Spermatorrhoeen) zentralen Ursprunges im Stich gelassen. Während also bei dem einen Leiden lokalen Ursprunges die Heilung als positiver Beweis ein Argument für meine Behauptung bildet, spricht auch dieses negative Resultat nicht minder für die Richtigkeit meiner Ansicht.

Aus der Praxis.

Beitrag zur Kasuistik seltener Nagelkrankheiten. „Onychoschisis symmetrica." (Symmetrische „Lamellenbildung" oder „Flächenspaltung" der Nagelplatte.)

Von

Dr. Oskar Ehrmann-Mannheim.

Mit 1 Abbildung im Text.

„Die Lehre von den Nagelkrankheiten leidet, so paradox der Ausspruch in unserer schreiblustigen Zeit klingen mag, an einem Mangel an Kasuistik."
Heller.

In diesem Sinne publiziere ich folgenden interessanten Fall:

Patientin, ca. 35 Jahre alt, verheiratet, gesund, Mutter gesunder Kinder, war nicht nennenswert krank.

Die Nagelaffektion, symmetrisch an beiden Zeigefingern, datiert seit einem Jahre.

Fast zwei Drittel der Nagelplatte vom freien Rand an nach der Wurzel zu zeigten (jetzt durch Spontanheilung etwas reduziert) eine Spaltung in der Fläche, so dafs die Nagelplatte aus zwei Lamellen (Platten) besteht.

Wie in der Abbildung ersichtlich, läfst sich ein zugespitztes Streichholz, Kartenblatt oder ähnliches weit nach hinten zwischen die zwei Platten des Nagels einschieben.

Die Oberfläche des Nagels ist etwas rauh, zeigt kleine Poren und Grübchen, weifse Längsstreifung.

Die Spaltungszone ist (wohl meist artefiziell durch zwischenliegende Schmutzpartikel) grau gefärbt. Die Spaltung begann spontan ohne merkliche Ursache.

Beim Langwachsen der Nägel verschlimmerte sich der Zustand, die Spaltungszone schien relativ gröfser zu werden (auch tiefer hinein gegen Nagelwurzel, nicht blofs auf Kosten des gewachsenen freien Randes). Wahrscheinlich waren hierfür erhöhte mechanische Insulte der längeren Nägel ursächlich wirksam. Bei stetigem Kurzschneiden der betreffenden Nägel hat sich im Laufe der letzten Monate eine noch zunehmende Besserung eingestellt, so dafs die Spontanheilung in einigen Monaten zu erwarten ist.

Die Pathogenese dieses Zustandes ist leider ebenso unklar wie bei allen „idiopathischen" Nagelkrankheiten.

Die Anamnese ergiebt in dieser Richtung gar keinen Aufschlufs.

Nach Heller (briefliche Mitteilung) kommt eine ähnliche Bildung vor im Gefolge von Querfurchenbildung des Nagels als sekundäres Symptom. „Es kommt zur Lösung des Nagels im Querdurchmesser. Der nachwachsende Nagel schiebt in den Falzen den alten vor sich her. Es kann aber auch geschehen, dafs der neue Nagel unter dem in den Falzen festgehaltenen alten weiter wächst. Es entstehen dann zwei Lamellen."

Dieser pathogenetische Zusammenhang liegt hier nicht vor: Querfurchenbildung ist und war nicht vorhanden. Akut fieberhafte Krankheit etc., die zur Querfurchenbildung führt, war auch nicht vorhanden.

Um einfach subunguales Horngewebe, um lokalisiertes Nagelekzem (zufällig symmetrisches) kann es sich nicht handeln, da eine wirkliche „Platte“ unter dem Nagel (d. i. unter der oberen Lamelle) liegt.

Es bleibt nur die Annahme einer idiopathischen Flächenspaltung übrig.

Diesen noch nicht beschriebenen Zustand habe ich als „Onychoschisis“ bezeichnet, im Gegensatz zu linearen Spaltungen (Rissen) = Onychorrhexis. Schizonychie nennt Unna eine Neigung der Nagelplatte zur Splitterung.

Fachzeitschriften.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1901. Heft 10 u. 11.

Die Syphilis in Indo-China, von E. Jeanselme. Die Syphilis ist unter den Eingeborenen Indo-Chinas sehr verbreitet, wozu bei der unsaubern Lebensweise der Einwohner die extragenitale Ansteckung sehr viel beiträgt.

Den primären Schanker bekommt man bei ihnen selten zu Gesicht; die sekundären Symptome sind unbedeutend, Schleimhautplaques bei der Reinlichkeit, die sie ausnahmsweise auf den Mund verwenden, selten. Dagegen kommt die Syphilis maligna praecox sehr häufig zur Beobachtung. Die tertiäre Form spielt sich fast ausschliefslich auf der Haut, den Knochen und Muskeln ab, richtet hier aber die fürchterlichsten Verwüstungen an. Entstellende Knochenauftreibungen, narbige Verkürzungen von Haut und Muskeln mit entsprechender Bewegungsstörung, Verlust ganzer Phalangen sind die Folgen. Zum Tode führt die Syphilis dagegen so gut wie nie. Ebensowenig konnte Verfasser jemals Tabes oder Paralyse als Folge von Syphilis in jenen Ländern beobachten. Die Heredo-Syphilis ist eine häufige Erscheinung, Rhachitis dagegen sehr selten.

Die Krankheiten, mit denen die Syphilis verwechselt werden könnte, sind das Ulcus phagadaenicum der Tropen, die Lepra und die Framboesia oder der Pian. J. erörtert die Differentialdiagnose und hebt namentlich für Syphilis und Framboesia unterscheidende wichtige Merkmale hervor. Seit undenklichen Zeiten verwenden die Eingeborenen das Hg als Heilmittel gegen die Lues, in dem sie bis zur Salivation die Dämpfe des Zinnober einatmen. Leider ist diese Behandlung für die meisten wegen ihrer Kostspieligkeit nicht erreichbar. In Anbetracht der Verheerungen, die die Syphilis im Verein mit dem Sumpffieber, den Pocken und der Lepra unter der einheimischen Bevölkerung anrichtet, sollte die Regierung, der damit ihr bestes Arbeitermaterial verkümmert wird, hier energisch eingreifen — fordert der Verfasser.

Von den 227 Beobachtungen, die als Material zur vorliegenden Arbeit dienten, werden zum Schlufs ausgewählte Fälle mitgeteilt.

Behandlung der Syphilis mit Einspritzungen von Hydrargyrum Jodocacodylicum, von Civatte und Fraisse. Sich auf die Thatsache stützend, dafs das Arsenik während einer Quecksilberbehandlung der Syphilis oft sehr gute Dienste leistet, indem es die Heilung beschleunigt und den Widerstand des Körpers gegen das

Quecksilber beseitigt, haben die Verfasser versucht, eine brauchbare chemische Verbindung dieser beiden Mittel herzustellen. Das gelang ihnen in folgender Weise: Sie lösten 1,0 Hg cacodyl. und 2,0 Acid. cacodyl. in 75,0 Aq. dest.: dazu setzten sie eine Lösung von 1,0 Natr. jod. in 3,0 Aq. dest.; die Mischung wird mit verdünnter Natronlauge neutralisiert und durch Zusatz von Aq. dest. auf 100,0 gebracht. Auf diese Weise erhält man eine klare, dauerhafte Lösung, die leicht sterilisierbar ist und sich am Licht nicht zersetzt. Ein Kubikcentimeter dieser Flüssigkeit enthält 0,0047 Hg bijodurat., 0,0047 Natr. jodat. und 0,03 Natr. cacodyl.

Von dieser Lösung werden anfangs 1,0, später in den meisten Fällen ohne Nachteil 2,0 ziemlich tief mit einer 4 cm langen Nadel in die Glutäalgegend eingespritzt. Es erfolgten 18—20 Einspritzungen in ungefähr vier Wochen.

Die Verfasser sind mit dem Ergebnis, das sich auf 60 Fälle erstreckt und leichte sowie schwere Formen umfafst, recht zufrieden. Über nennenswerten Schmerz wurde kaum jemals geklagt. An unerwünschten Nebenerscheinungen kam einmal Arsenpigmentation, einmal vorübergehender Durchfall, zweimal Stomatitis und einmal Hämoptyse zur Beobachtung. Mit Rücksicht auf letzteres Vorkommnis werden Tuberkulose und alle kongestiven Zustände der Lungen als Kontraindikation des Verfahrens aufgestellt. In zehn Fällen waren Mifserfolge zu verzeichnen; doch blieben drei von diesen zehn Fällen nur 14 Tage in der Behandlung, bei drei weiteren Fällen handelte es sich um parasyphilitische Erscheinungen. Die Wirksamkeit der Einspritzungen ist von keiner allzulangen Dauer; besonders angezeigt sind sie bei abgemagerten, neurasthenischen Personen; wenn neben der Syphilis noch eine anderweitige Dermatose besteht; endlich bei den hartnäckigen, akneartigen Formen und bei Syphilis maligna praecox.

Über recidivierende Phlyktänosen der Extremitäten (Acne dermatitis continua nach HALLOPEAU), von CH. AUDRY. Von dieser eigenartigen Krankheit, die HALLOPEAU zuerst beschrieben hat, sind bis jetzt acht Fälle bekannt. A. teilt in der vorliegenden Arbeit zwei weitere Beobachtungen mit. Er teilt das vorhandene Material in drei Klassen, er unterscheidet zwischen einer abortiven, einer typischen und einer progressiven bösartigen Form. Eine seiner eigenen, noch nicht veröffentlichten Beobachtungen gehört zur typischen Form. Hier handelte es sich um eine 49jährige Frau, bei der die Krankheit vor 15 Jahren zum Ausbruch kam. Es bildete sich zuerst unter heftigen Schmerzen eine mit Eiter gefüllte Phlyktäne am Nagelrand des rechten Daumens; unter Nachlafs der Schmerzen fiel der Nagel dann nach einigen Wochen ab. Dann kamen, immer in Zwischenräumen von mehreren Monaten, der Mittelfinger und Zeigefinger der rechten, der Zeigefinger der linken Hand an die Reihe u. s. f.; nur der rechte Ringfinger blieb verschont. Die letzte Entzündung spielte sich vor $1^1/_2$ Jahren ab. Sonst keinerlei Störung aufser den begleitenden, unerträglichen Schmerzen. Die letzten Phalangen fast aller Finger sind jetzt verstümmelt, der Nagel fehlt, die Haut ist rot, glatt, gespannt, atrophiert, mit dicken Schuppen und erosiven Flecken bedeckt. An den Füfsen keinerlei Veränderung, nur der Nagel der rechten grofsen Zehe ist ohne Entzündung und ohne Schmerzen abgefallen.

Bei den abortiven Formen handelt es sich nur um chronische Vesikelbildung an den Fingern und Händen; A. zweifelt, ob wir berechtigt sind, sie als eine Varietät der typischen Form aufzufassen, zumal sie bis jetzt auch nur bei jüngeren Leuten beobachtet wurde. Bei der progressiven malignen Form endlich sind die Erscheinungen viel heftiger und umfangreicher; in dem einen bis jetzt bekannten Fall, der tötlich endete, war zeitweise der ganze Körper mit Phlyktänen bedeckt.

Über die nosologische Bedeutung und Stellung dieser Krankheit drückt A. sich

sehr zurückhaltend aus; in Bezug auf die Ätiologie neigte er zur Annahme einer peripheren Neuritis. In einigen Schlufsworten rechtfertigt er die von ihm vorgenommene Namenänderung gegenüber Hallopeau.

Klinischer Beitrag zum Studium der linearen Dermatosen. von F. Balzer und P. Lecorun. Die Arbeit bringt zwei interessante Beobachtungen. In dem einen Falle handelte es sich um einen linear angeordneten Naevus, in dem andern um eine streifenförmige Psoriasis von lichenoidem Aussehen. Der 47jährige Träger des Naevus gab an, dafs er seinen Ausschlag am Rücken erst im letzten Jahr, und den am rechten Bein erst seit heute bemerkt habe. Während sich am Hals einzelne pigmentierte Flecken befinden, fallen an der rechten Seite des Rückens und am rechten Schenkel breite Streifen auf, die sich aus glatten, rosafarbenen Naevi mit einem zentralen gelblichen Fleck zusammensetzen. Diese Streifen folgen teils dem Verlauf der vier mittleren Interkostalnerven, teils — am Schenkel — der sogenannten Voigtschen Linie. — Die linear angeordneten Psoriasiselemente des zweiten Falles finden sich vorzugsweise ebenfalls auf der rechten Körperhälfte, Rücken und ganze rechte Unterextremität. Besonders bemerkenswert ist hier ein die Linea alba ausfüllender Psoriasisstreifen, der von da aus, auf dem Wege über das Skrotum auf die Voigtsche Linie des rechten Oberschenkels übergeht. Die Verfasser kommen dann auf die beiden Theorien zu sprechen, die das Zustandekommen solcher linearen Anordnungen zu erklären suchen und schliefsen sich den verschiedenen Forschern an, welche beide Theorien vereinigen möchten. *Türkheim-Hamburg.*

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe,

Band XII, Heft 12.

Über Sekundärinfektion bei der Tuberkulose der Harnorgane, von Suter. Verfasser untersuchte 17 Fälle von Tuberkulose des Urogenitalsystems auf ihren Keimgehalt und konnte nur in dreien eine Sekundärinfektion konstatieren. Diese drei Fälle waren vorher instrumentell behandelt. Verfasser meint daher, dafs der Urin bei Tuberkulose der Harnwege nur Tuberkelbazillen enthält und dass die Infektionsträger der Sekundärinfektion erst durch die Urethra in die Blase gebracht werden Dies ist für die Diagnose wichtig: Wenn nämlich der steril entnommene und auf gewöhnlichen Nährböden gezüchtete Urin in einem Falle von eitriger Entzündung der Blase oder Nieren sich als steril erweist, so ist die Wahrscheinlichkeit gross, dafs es sich um Tuberkulose handelt, auch wenn es nicht gelingt, Tuberkelbazillen nachzuweisen. Andererseits zieht die Therapie aus dieser Erkenntnis Nutzen, denn wir sind auf die strengste Antisepsis angewiesen, um eine sekundäre Infektion zu vermeiden, und brauchen nicht die gewöhnlichen internen Mittel und lokale Therapie erst zu versuchen.

Dehner, resp. Spüldehner mit drei Branchen, von Kollmann und Wossidlo. Um ein Instrument zu besitzen, welches als Vorbereitung für die Intraurethrotomie eine gleichmässige Dehnung gestattet, konstruierten Verfasser einen Dehner mit drei Branchen, an dessen Bau das Wichtigste ist, dafs ihm die Mittelachse vollständig fehlt. Das Instrument besteht aus einer feststehenden und zwei beweglichen Branchen, welche von der feststehenden ausgehend, und mit ihr durch Stäbchen verbunden, sich so spreizen, dass der Querschnitt des Instruments fast immer ein gleichschenkliches Dreieck bildet. Das Instrument verträgt das Auskochen ausgezeichnet und soll als Dehner ohne Gummiüberzug verwendet werden, da die Stärke des Instruments — 23 Charrière — anderenfalls die Passage des Orificiums oft unbequem macht. Das für die Spüldehnungen eingesetzte Rohr bleibt auch bei gewöhnlichen Dehnungen im

Instrument, und dient dann als Mandrin für die Rinne, in welcher bei Verwendung als Intraurethrotom die Bewegung der Knöpfe, resp. des Messers erfolgt. Mit der Konstruktion eines für die hintere Harnröhre bestimmten analogen, gebogenen Instruments ist die Fabrik von Heynemann in Leipzig noch beschäftigt.

Bewegliches Knie für Cystoskoplampen, von Kollmann. Um den besseren Beleuchtungseffekt des Nitze'schen Cystoskops (Lampe an der Spitze eines gekrümmten Schnabels) mit der Bequemlichkeit des Güterbock'schen und ähnlicher Instrumente (bei der Lampe und Optik in gerader Linie liegen, die aber gute und wiederholte Blasenspülung und leichte Reinigung von Optik und Lampe ermöglichen) zu vereinigen, konstruierte Verfasser ein Instrument mit beweglichem Knie, so dass die Lampe, wenn sie die centrale Grenze des in der Hülse vorhandenen Auges erreicht hat, durch Hingleiten auf einer schiefen Ebene sich ganz von selbst in einem Winkel zum Cystoskopschaft abbiegt. Der Bau dieser Lampenknie wurde in zweierlei Weise ermöglicht: es wurde ein biegbarer Duritcylinder eingefügt, in welchem zwei Leitungsdrähte verlaufen, oder es wurde eine Verbindung durch Gummischlauch und ein festes Metall scharnier geschaffen: hier befindet sich nur eine Leitung in dem Gummi, während die andere durch die Metallteile besorgt wird.

Zur Klärung des Rheumatismus blennorrhoicus, von Schuster. Verfasser beobachtete zwei Fälle von alter Blennorrhoe mit blennorrhoischer Allgemeininfektion (jahrelang sich wiederholende Gelenkerkrankungen, zu denen sich eine zu Synechien führende recidivierende Iritis gesellt hatte) die durch Jod und Badekuren, in einem Falle auch durch Merkurgebrauch geheilt resp. erheblich gebessert wurden, dafs er zu der Annahme neigt, es liegt hier eine durch den Gonococcus modifizierte Syphilis vor, zumal sich im einen Falle eine Perforation des knorpligen Nasenseptums eingestellt hatte. *F. Hahn-Bremen.*

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1901. Band 58, Heft 1 und 2.

I. **Beitrag zur Physiologie der Epidermis mit Bezug auf deren Durchlässigkeit für Licht**, von Leopold Freund-Wien. Mit der Einwirkung des Sonnenlichtes, beziehungsweise des elektrischen Lichtes ist die Entstehung einer Reihe von Hautaffektionen und abnormer Pigmentationen in ätiologischen Zusammenhang gebracht worden, so von Bazin die Hydroa vacciniformis, von Hutchinson, Handford, Berliner, Bubi, Brors van Dort, Mibelli u. a. die Sommer-Prurigo oder Sommereruption, von Unna das Xeroderma pigmentosum, von Veiel, Wolters u. A. das Ekzema sowie Erythema solare, von Charcot, Hammer, Widmark, Moeller u. a. das Erythema photoelektricum. Nach den experimentellen Untersuchungen der letztgenannten Autoren, sowie denen von Bowles, Finsen, Bang, Forchhammer, Strebel u. a. sind es besonders die ultravioletten Strahlen des weifsen Lichts, welchen ein Einfluſs auf die lebenden Gewebe zuzuschreiben wäre.

Verfasser hatte sich die Aufgabe gestellt, zu untersuchen, ob die ultravioletten Strahlen thatsächlich imstande wären, eine Wirkung auf die Gebilde in der Tiefe des Corions (Kapillargefäſse, Nervenenden, Chromatophoren etc) auszuüben, und für den Fall eines positiven Ergebnisses, welchem Teile des ultravioletten Spektrums diese Eigentümlichkeit zukommt.

Zur Zerlegung des Lichtes wurde nicht ein Glasprisma, sondern ein sogenannter Gitterspektograph benutzt, bei welchem das Licht durch einen Spalt auf einen mit sehr vielen parallel geritzten Linien versehenen Hohlspiegel mit groſsem Krümmungsradius (Konkavgitter) fällt. Das mit diesem Apparate erhaltene Beugungsspektrum hat

vor dem Brechungsspektrum des Glasprismas den Vorzug, frei von Absorptionseinflüssen zu sein und eine der Wellenlänge proportionale Ablenkung der Strahlen aufzuweisen. Als Material für die unter Anleitung von Prof. VALENTA im photochemischen Laboratorium der graphischen Lehr- und Versuchsanstalt ausgeführten Untersuchungen diente frische Epidermis, und zwar 1. Brandblasen, 2. Blasen von Pemphigus vulgaris, 3. THIERSCHsche Epidermislappen, 4. die Schwimmhaut des Frosches in vivo.

Das Ergebnis der Untersuchungen ist, „dafs ein beträchtlicher Teil der von verschiedenen Lichtquellen ausgesendeten ultravioletten Strahlen die Epidermis durchdringt und zu den tieferen Hautschichten zu gelangen vermag. Die Menge dieser Lichtstrahlen entspricht ungefähr dem dritten Teil des bisher genauer bekannten ultravioletten Spektrums. Die Resultate werden selbstverständlich von der Intensität der Lichtquelle, der Dauer der Einwirkung und der Dicke der bestrahlten Fläche beeinflufst."

Ganz unberührt blieben bei diesen Versuchen die Fragen, ob die ultravioletten Strahlen die erwähnten Hautkrankheiten thatsächlich verursachen, ob ihnen die Heilwirkungen der Lichttherapie zuzuschreiben sind, und ob letztere wirklich auf der baktericiden oder einer anderen Eigenschaft des kurzwelligen Lichtes beruhen.

II. **Zur Histogenese der weichen Naevi**, von G. INDALEWITSCH-Irkutsk. Auf Veranlassung von Dr. BLASCHKO hat Verfasser die bisher noch immer nicht vollkommen aufgeklärte Frage von der Entstehung der Naevi einem eingehenden Studium unterzogen. Es sollte vor allem untersucht werden: 1. ob die Naevuszellen aus den Epithel- oder den Bindegewebszellen entstehen; 2. ob die in den Naevi entstehenden Bindegewebsfasern aus dem Bindegewebe der Cutis stammen oder von den Naevuszellen selbst gebildet werden?

In der vorliegenden Arbeit werden nach einem ausführlichen Überblick über die einschlägige Litteratur und über die von RECKLINGHAUSEN, RIBBERT, BAUER u. a. auf der einen, von UNNA, KROMAYER, DELBANCO, SCHEUBER u. a. auf der anderen Seite vertretenen Anschauungen sehr eingehend die histologischen Befunde geschildert, welche Verfasser bei der Untersuchung eines kirschkerngrofsen, flach dem Mons Veneris eines 26jährigen Patienten aufsitzenden, weichen, dunkel pigmentierten Naevus erhalten hat. Aus diesen Befunden ergiebt sich Folgendes:

1. die Naevuszellen entstehen aus den Epithelzellen;

2. die Naevuszellen bilden ihrerseits Bindegewebs- und elastische Fasern, d. h. die Epithelzellen werden zu Bindegewebszellen. Ehe sie dieses Ziel erreicht haben, machen die Epithelzellen folgende Stadien durch:

1. eine Wucherung und Pigmentierung;

2. Vergrösserung der Zellen mit nachheriger Schrumpfung des Protoplasmas unter Verlust der Epithelfasern;

3. Loslösung einzelner Epithelzellen und Ausstofsung derselben in die Cutis;

4. allmähliche Depigmentierung und Verdichtung des Protoplasmas;

5. Ausbildung von polygonalen Naevuszellen mit bläschenförmigen Kernen;

6. Neubildung von Bindegewebs- und elastischen Fasern:

7. Zurückbleiben von bläschenförmigen, in Bindegewebsbündeln eingelagerten Kernen."

Aus den Untersuchungen des Verfassers geht weiter hervor, „dafs die Metaplasie der Epithelzelle und die Pigmentierung derselben miteinander eng verknüpft zu sein scheinen, und dafs mit der Vollendung der ersteren auch eine Depigmentierung der Zellen eintritt."

III. **Über Mycosis fungoides ALIBERT**, von E. VOLLMER-Bad Kreuznach. Der vom Verfasser beschriebene Fall erheischt insofern besonderes Interesse, weil derselbe

eine junge Person im Alter von 17 Jahren betraf, und weil die Tumoren eine ganz auffallende Symmetrie zeigten. An beiden Ellenbogen, an der volaren Seite der Handwurzeln, am Dorsum der Finger, an den Patellae und an den inneren Knöcheln beider Füfse safsen die verschiedenen Tumoren. Dieselben waren im Frühjahr 1900 entstanden und wurden von der Patientin als „Frostbeulen" angesehen.

Ein ganz frisch aufgeschossener Tumor wurde excidiert und histologisch untersucht. Nach den erhaltenen Befunden mufs es als endgiltig feststehend betrachtet werden, dafs die ganze Tumorenbildung, wie es UNNA schon betont hat, lediglich auf Bindegewebswucherung zurückzuführen ist. Verfasser resumiert seine Beobachtungen dahin:

1. „Im Anfangsstadium sind die Tumoren der Mycosis fungoides auf bindegewebige Neubildung zurückzuführen.

2. Aufser der Bindegewebswucherung sind die Vorgänge im Epithel, das Hydropischwerden der Zellen des Stratum granulosum, als für den Anfang der Tumorbildung schon charakteristisch anzusehen."

IV. **Über die Haltbarkeit des Begriffes „primäre Syphilis" als rein lokale Affektion**, von WLADISLAW REISS-Krakau. Verfasser liefert zur Frage, ob der Primäraffekt bereits ein Produkt konstitutioneller Syphilis oder ein rein lokaler Krankheitsherd sei, einige wichtige Beiträge aus seiner Praxis.

1. Ein Student der Medizin erschien um 9 Uhr abends beim Verfasser und teilte demselben mit, dafs er vor noch nicht 5 Stunden mit einem Mädchen Verkehr gepflegt habe, das, wie er nachträglich erst erfahren habe, vom Polizeiarzte mit der Diagnose „Condylomata lata ad genitalia" ins Krankenhaus geschickt worden wäre. Bei der Untersuchung fand Verfasser auf der inneren Lamelle des Präputiums, mehr gegen das Frenulum zu, eine schrotkorngrofse Exkoriation, die mit etwas eitrigem Sekrete bedeckt war und deren Rand etwas gerötet schien. Irgend eine derbere Infiltration war nicht zu konstatieren, ebenso waren die Inguinaldrüsen nicht tastbar. Der Patient hatte das letzte Mal vor zwei Monaten den Coitus ausgeübt und war nie infiziert worden.

Verfasser excidierte sofort die suspekte Stelle mit der COOPERschen Schere in der Weise, dafs aufser der Exkoriation ringsum noch eine ca. 1 cm breite Zone gesunder Schleimhaut gleichzeitig entfernt wurde. Die Wunde wurde vernäht und verheilte per primam intentionem. Nach zehn Tagen konstatierte Verfasser in der rechten Inguinalgegend eine vergrörserte, etwas schmerzhafte Drüse, die in der Folgezeit ganz indolent wurde. Anfangs der neunten Woche und zwar 59 Tage nach der Excision stellte sich der Patient mit einem rezenten makulo-papulösen Syphilid am Stamme und an den Extremitäten vor. An der längst verheilten Excisionsstelle war keine Veränderung zu konstatieren. — Es wurde eine Schmierkur eingeleitet. Nach sieben Monaten hatte der Patient ein Recidiv.

2. Eine Frau im achten Monate der Gravidität wird von ihrem Manne infiziert und zeigt etwa vier Wochen vor ihrer Niederkunft eine Sklerose in der Nähe der unteren Kommissur. Das neugeborene, scheinbar gesunde Kind weist vierzehn Tage nach der Geburt die ersten Erscheinungen hereditärer Syphilis auf. Vier Wochen nach der Entbindung trat bei der Mutter eine rezente, kleinfleckige Roseola als Zeichen frischer, rezenter Syphilis auf.

Dieser Fall, sowie ähnliche von verschiedenen Autoren beschriebene Fälle beweisen entschieden, dafs eine Mutter bereits im primären Stadium der Syphilis das Virus per placentam auf das Kind übertragen kann, da ja die ersten sekundären Symptome bei der Mutter erst so lange nach der Geburt des Kindes aufgetreten sind.

Beide vom Verfasser mitgeteilten Fälle beweisen somit, „dafs schon innerhalb

der Primärperiode, und zwar bereits im sehr frühen Stadium der Krankheit das syphilitische Virus die primitive Invasionsstelle verläfst und in der allgemeinen Blutbahn zirkuliert." Thatsächlich erfährt das Blut, wie Neumann, Konried und der Verfasser nachgewiesen haben, schon kurz nach dem Auftreten der Sklerose eine Veränderung durch Abnahme des Hämoglobingehalts und der Zahl der roten Blutkörperchen. Diese Blutveränderungen werden nicht auf eine Durchseuchung des Organismus mit dem eigentlichen syphilitischen Virus, sondern nur auf die Anwesenheit der von der Sklerose aus resorbierten Toxine erklärt.

„Wie dem auch sei", so glaubt Verfasser, mit den beachtungswürdigen Thatsachen, nämlich dem negativen Erfolge einer fünf Stunden post infectionem vorgenommenen Excision, sowie auch mit dem Falle einer im neunten Graviditätsmonate akquirierten, und dennoch auf humoralem Wege auf das Kind übergegangener Infektion gewifs nicht zu unterschätzende Belege für die Annahme geliefert zu haben, dafs wir den Initialaffekt keineswegs als eine bis zu einem gewissen Zeitpunkte rein lokale Affektion, wohl aber als das erste Stadium einer a priori konstitutionellen Krankheit zu betrachten haben."

V. **Beiträge zur Kenntnis der Plasmazellen insbesondere beim Lupus**, von Joh. Almkvist-Stockholm. Verfasser hat auf Veranlassung von Dr. Joseph dessen Lupusmaterial mit besonderer Rücksicht auf die Plasmazellen untersucht. Das Material bestand aus in Alkohol gehärteten und in Celloidin eingebetteten Schnitten von 21 Krankheitsfällen, unter denen 15 als Lupus, 5 als Tuberculosis cutis verrucosa, 1 als tuberkulöse Lymphdrüse diagnostiziert waren.

Die Schnitte wurden hauptsächlich mit Unnas polychromer Methylenblau-Färbemethode und Entfärbung in Glycerinäthermischung behandelt. Daneben kamen in geringerer Zahl noch andere Färbemethoden zur Anwendung.

Der erste Fall von Lupus vulgaris faciei entsprach histologisch derjenigen Form, welche Unna als circumscript oder nodulär bezeichnet hat.

Bei der Untersuchung fand Verfasser, dafs die Färbung mit polychromem Methylenblau andere Bilder lieferte, als diejenige mit reinem Methylenblau. Bei der ersteren Färbung zeigen sich ganz in Übereinstimmung mit Unnas Befunden die Plasmazellen als grofse, langgestreckte, oder mehr runde, auch polygonal eckige Zellen mit einem tiefblauen Protoplasma und einem hellen Lichthof in demselben. Dieser Lichthof ist nichts anderes als der in der Färbung gegenüber dem Protoplasma zurückgebliebene Kern, oft nur an einem oder auch zwei stärker tingierten Kernkörperchen erkennbar. Verfasser will diese durch polychromes Methylenblau auf so eigentümliche Weise gefärbten Zellen, so weit es das vorliegende Präparat betrifft, als „Unnasche Plasmazellen" bezeichnen. Dafs es sich bei diesen Zellen, ebenfalls in Übereinstimmung mit Unnas Anschauung, um veränderte Bindegewebszellen handelt, glaubt Verfasser aus folgenden Gründen annehmen zu können:

1. „Der Kern dieser Zellen ist nicht dem Leukocytenkern, sondern dem Bindegewebskern ähnlich. Denn wenn man Leukocyten mit polychromem Methylenblau färbt, so zeigt der Kern immer ein gut entwickeltes Chromatinnetz und nie ein solch blasenförmiges Aussehen, welches viel mehr mit dem Bindegewebskern übereinstimmt.

2. Die Zellenformen, auch wo sie frei liegen, sind nicht so rund, wie immer bei freien Leukocyten, sondern mehr oder weniger deutlich eckige (drei-, vier, fünf oder mehreckige). Manchmal sieht man eine von den Ecken in einen Ausläufer übergehen, was wiederum die gröfste Ähnlichkeit mit Bindegewebszellen aufweist.

3. Überall, besonders aber an der äufseren Peripherie der Lupusknötchen, sieht man alle möglichen Zwischenformen zwischen den Unnaschen Plasmazellen und den Bindegewebszellen.

4. Aufserdem ist in diesem Präparate auffallend, wie grofs überall die Bindegewebsproliferation, und wie untergeordnet das Vorkommen von Leukocyten im Gewebe ist. Überall im Bindegewebe sieht man auch solche Zwischenformen, wie in der Peripherie der Knötchen.

5. Da in dem vorliegenden Präparate enorm viele Mastzellen vorkommen, die ebenfalls veränderte Bindegewebszellen sind, so weist alles darauf hin, dafs die Ätiologie des Lupus hier in diesem Falle eine Proliferation und Veränderung des Bindegewebes, weniger dagegen eine Leukocytose und Veränderung von Leukocyten hervorgerufen hat."

In einem anderen Falle von Lupus vulgaris faciei erhielt Verfasser wesentlich verschiedene histologische Befunde. Das Präparat, ein grofser Lupusknoten, bestand hier hauptsächlich aus zumeist dichtem und ziemlich diffus ausgebreitetem Granulationsgewebe. Hier sieht man in den mit polychromem Methylenblau gefärbten Schnitten sehr zahlreich „grofse, protoplasmareiche Zellen gewöhnlich mit abgerundeten, nicht eckigen Konturen, von ovaler, eiförmiger oder zirkulärer Form und mit einem immer excentrisch gelegenen Kern. Dieser ist im Verhältnis zu dem blafsblauen Protoplasma immer sehr stark gefärbt und zeigt eine charakteristische Randstellung von 5—8 grofsen Chromatinkörnern, manchmal auch in der Mitte des Kernes ein Chromatinkorn. Das blafsblaue Protoplasma zeigt keine deutliche Körnelung, sondern ist beinahe homogen." Im allgemeinen zeigen diese Zellen keine Ähnlichkeit mit den Unnaschen Plasmazellen, wohl aber stimmen sie in den meisten morphologischen Merkmalen mit denjenigen Zellen überein, welche v. Marschalkó als Plasmazellen beschrieben hat, nur dafs ihr Protoplasma nicht die von Marschalkó angegebene krümelige, zusammengeballte oder wie zerfetzte, sondern eine fast homogene Beschaffenheit besitzt.

Während die „Unnaschen Plasmazellen" sich nur mit polychromem Methylenblau auf die beschriebene, charakteristisch eigentümliche Weise färben, sehen die „Marschalkóschen Plasmazellen" bei verschiedenen Färbungen ziemlich ähnlich aus."

Im Gegensatze zum ersten Präparate beobachtet man im zweiten nur wenig Bindegewebsproliferation, auch wenige Mastzellen, aber eine deutlich nachweisbare Leukocytose und eine Umbildung von Leukocyten zu Marschalkós Plasmazellen. Die beiden Plasmazellarten sind nur bei Färbung mit polychromem Methylenblau leicht und sicher von einander zu unterscheiden.

Wenn man nur eine Art als Plasmazellen bezeichnen will, so ist es nach der Ansicht des Verfassers nur recht und billig, wenn man die von Unna zuerst aufgefundenen und beschriebenen Zellen so benennt. — Bei der Untersuchung der übrigen Präparate hat Verfasser in keinem Falle beide Arten von Plasmazellen zusammen angetroffen. Im allgemeinen fand er die Unnaschen Plasmazellen am häufigsten vor.

Verfasser läfst es dahingestellt sein, ob die Unnaschen Plasmazellen lediglich aus Bindegewebszellen, die Marschalkóschen ausschliefslich aus Leukocyten entstehen, und ob nicht die Möglichkeit einer anderen Herkunft dieser Zellen besteht. Selbst wenn man annimmt, dafs die Plasmazellen entweder veränderte Bindegewebszellen oder veränderte Leukocyten oder beides sind, so ist damit doch noch nicht die Frage erledigt, worin diese Veränderungen bestehen, welche Ursache zu denselben führt und welche Bedeutung diese Veränderungen haben. Vielleicht wird Verfasser durch weitere Untersuchungen in der Lage sein, sich darüber Aufklärung zu verschaffen.

VI. **Histologie des Erythema multiforme**, von Karl Kreibich-Wien. Die an zehn Fällen vorgenommenen Untersuchungen haben das gleichmäfsige Vorkommen entzündlicher Symptome ergeben und berechtigen, die Erythemefflorescenz als eine umschriebene Entzündung aufzufassen. „Am sichersten und regelmäfsigsten liefs sich

von den Symptomen der Entzündung die zellige Exsudation und Proliferation konstatieren, die beim Erythema multiforme eine viel gröfsere ist als bei Pemphigus vulgaris. Bei fleckenförmigen Erythemen findet man die Exsudatzellen (mono- und polynukleären Leukocyten) hauptsächlich um die Gefäfse herum, häufig kombiniert mit einer Proliferation der Gefäfswandzellen. Diese Erscheinungen sind gewöhnlich mit einer Cutisinfiltration kombiniert, welche in Bezug auf Anordnung die verschiedensten Bilder zeigt." In einer Reihe von Fällen (sieben unter den zehn) waren mit den Cutisveränderungen auch Veränderungen in der Oberhaut vergesellschaftet. Es handelt sich bei diesen Fällen um eine mehr oder weniger deutlich entwickelte Form des Erythema bullosum, und um histologische Veränderungen, welche die Bläschen- oder Blasenbildung setzt.

Nach den Untersuchungen des Verfassers sollte das Erythema multiforme aus der Gruppe der Angioneurosen ausgeschieden werden.

VII. **Akute primäre Streptokokken-Urethritis**, von B. Goldberg-Köln. Verfasser teilt die Krankengeschichte eines Falles von nicht blennorrhoischer, aber primär einer Kohabitationsinfektion entstammenden Urethritis mit, bei der die mikroskopische Untersuchung des Urethralsekrets Abwesenheit des Gonococcus, Anwesenheit von nach Gram färbbaren Diplokokken ergab. Auch das exprimierte Prostatasekret erwies sich frei von Gonokokken. Die bakteriologische Untersuchung ergab einen Streptococcus pyogenes, nach Gram färbbar und der Beschreibung entsprechend, wie sie in Heims Lehrbuch der Bakteriologie, 1898, steht.

Was die Lebensdauer des gefundenen Streptococcus betrifft, so gediehen nach vier Wochen von der Stammkultur angelegte Kulturen; vier Monate alte Gelatinestiche waren noch fortpflanzungsfähig.

Verfasser bespricht an der Hand der einschlägigen Litteratur die Differentialdiagnose dieser gonokokkenfreien Urethritis. „Klinisch ist dieselbe von einer Blennorrhoe nicht zu unterscheiden. Die bisher beschriebenen Eigentümlichkeiten sind: Bald kurzer spontaner Ablauf, bald schleichender, langwieriger Verlauf trotz aller Therapie; gute Prognose; Seltenheit der Komplikationen; Kontagiosität wahrscheinlich, weshalb eine etwaige bevorstehende Heirat bis zur Beseitigung aufzuschieben sei."

VIII. **Über eine eigenartige Erkrankung der Nasenhaut bei Kindern („Granulosis rubra nasi")**, von J. Jadassohn-Bern. Verfasser hat den ersten derartigen Fall im Jahre 1890 in Neissers Klinik gesehen. Damals schwankte die Diagnose zwischen Lupus vulgaris und Lupus erythematodes. Das Krankheitsbild war sowohl für die eine, wie für die andere Affektion atypisch. Seitdem hatte Verfasser Gelegenheit, sieben Fälle zu beobachten. Das klinische, wie das histologische Bild der Krankheit wird ausführlich beschrieben. Es handelt sich nach der Ansicht des Verfassers „um eine bisher nicht beschriebene, klinisch durch Rötung und minimale Papeln, event. auch Pustelchen, histologisch besonders (aber keineswegs ausschliefslich) durch Infiltrate um die Schweifsdrüsenausführungsgänge charakterisierte chronische Erkrankung, welche (zum mindesten am häufigsten) an der hyperidrotischen Nase von Kindern lokalisiert ist."

Die Patienten waren fast alle schwächlich, jedoch, wenn man nach der negativen Tuberkulinreaktion urteilen darf, nicht tuberkulös.

Eine Heilung der Affektion wurde noch nicht beobachtet. Doch scheint der Prozefs im Laufe der Jahre spontan zu schwinden.

In einem Nachtrag teilt Verfasser mit, dafs er in der von Luithlen beschriebenen „eigentümlichen Form von Acne mit Schweifsdrüsen-Veränderungen" (vergl. Festschrift für M. Kaposi, 1900, pag. 709) viele Analogien mit derjenigen Affektion gefunden, die er eben erörtert habe, und zwar: „Lokalisation an der Nase eines

schwächlichen Kindes, sehr frühes Auftreten, sehr chronischer Verlauf, Hyperidrosis, weiche, zum Teil sehr kleine Knötchen; erster Gedanke an Lupus, histologisch Infiltrate, speziell um die Schweifsdrüsenausführungsgänge, Erweiterung dieser und der Knäuel." Wenn auch andererseits manche Verschiedenheiten vorhanden sind, so ist Verfasser dennoch geneigt, anzunehmen, dafs der LUITHLENsche Fall zu dem in der vorliegenden Arbeit geschilderten Krankheitsbilde gehört. Ob es sich thatsächlich so verhält, mufs weiteren Untersuchungen vorbehalten bleiben.

IX. **Über die Fettsekretion der Schweifsdrüsen an den Hinterpfoten der Katze**, von R. LEDERMANN-Berlin. Nach einem kurzen Überblick über die einschlägige Litteratur teilt Verfasser seine Untersuchungen mit, die er an den bekanntlich sehr leicht schwitzenden Hinterpfoten der Katzen angestellt hat, um die Frage hinsichtlich der Fettsekretion der Knäueldrüsen zu klären. Drei chloroformierten Katzen wurden 3—4 Centigramm Pilocarpin subkutan injiziert, bei zwei Tieren auf der Höhe der Schweifsreaktion, bei dem dritten, das an Chloroformasphyxie zu Grunde ging, unmittelbar post mortem die schwitzenden Ballen der Hinterpfoten exstirpiert, in 10%igem Formalin fixiert, zum Teil direkt in Celloidin eingebettet, zum Teil erst in Alkohol nachgehärtet und dann in Celloidin eingebettet. Die Schnitte wurden teils mit Sudan III oder Sudan braun, teils mit dem von MICHAELIS empfohlenen Scharlach-R. gefärbt. Die Befunde, welche Verfasser erhalten, decken sich „in allen Punkten mit den Feststellungen, die UNNA mit seiner Methode der sekundären Osmierung in der menschlichen Haut gemacht hat. In dem Unterhautfettgewebe sind teils grofse, leuchtend rote Fetttropfen, welche die ganze Zelle ausfüllen und von einer Membran umschlossen werden, teils infolge von Schrumpfung wandständig gewordene rote Körnchen innerhalb der kreisrunden Membran. Diese verschiedenen Fettzellen umschliefsen als dichtes Gewebe einen grofsen Teil der Schweifsdrüsenknäuel, deren Epithelien zahlreiche gleichfalls rote, kleinste Fetttröpfchen überall enthalten. Einzelne dieser Fetttropfen finden sich frei im Lumen der Drüsenknäuel. Die geraden Ausführungsgänge der Schweifsdrüsen enthalten an vielen Stellen grofse, rote Fetttropfen, welche das Lumen derselben vollkommen ausfüllen und sich überall der Weite desselben anpassen. Diese Fetttropfen, welche oft reihenförmig in wechselnder Gröfse das Lumen ausfüllen, machen vollkommen den Eindruck, als ob das Bild eines kontinuierlichen Fettstroms während seines Verlaufs in dem mikroskopischen Präparat festgehalten worden wäre. Neben den einzelnen Fetttropfen finden sich auch in manchen Schnitten rote, das Lumen der Ausführungsgänge ausfüllende, gleichmäfsige Fettzylinder, ganz wie sie UNNA in seiner Arbeit beschrieben hat."

X. **Zur Pathologie des Rhinoskleroms**, von S. RÓNA-Budapest. Verfasser hatte in Band 49, Heft 2 und 3 des *Arch. f. Derm. u. Syph.* (vergl. Ref. in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 29, S. 492) hinsichtlich des Rhinoskleroms auf zwei Punkte aufmerksam gemacht: 1. dafs Ungarn als Rhinoskleromgebiet zu betrachten sei; 2. dafs das Rhinosklerom durch metastatisch regionäre Lymphdrüsenschwellungen begleitet wird. Zu den 21 damals citierten Fällen sind bis Ende Mai 1901 weitere 6 aus Ungarn stammende Rhinoskleromfälle von verschiedenen Autoren publiziert worden.

Verfasser bereichert die Kasuistik durch die ausführliche Krankengeschichte eines zweiten Falles von Rhinosklerom mit regionären Lymphdrüsenmetastasen und bekräftigt mit demselben seine These, „wonach die im Verlaufe des Rhinoskleroms auftretenden regionären Lymphdrüsengeschwülste zum rhinoskleromatösen Prozesse gehören, das heifst, als rhinoskleromatöse Metastasen aufzufassen sind."

Die bakteriologische Untersuchung von Partikeln aus der Nasengeschwulst

und der regionären Submaxillardrüse ergab auf verschiedenen Nährböden die charakteristischen Kapselbacillen in Reinkultur.

Gegenüber JARISCH ist Verfasser auf Grund seiner Beobachtungen in der Lage, die Thatsache zu bestätigen, dafs Zerfall und Exulceration dem Rhinoskleromgewebe nicht fremd sind und die grofsen Destruktionen, wie Fehlen der Uvula, Defekte der Gaumenbögen etc., welche gelegentlich im Verlaufe des Rhinoskleroms an den Schleimhäuten wahrgenommen werden, erklären.

XI. **Zur Pathologie des Rhinoskleroms**, von ALFRED HUBER-Budapest. Verfasser teilt die histologischen Befunde in dem von RÓNA beschriebenen Rhinoskleromfalle mit. Das Ergebnis der Untersuchungen wird in folgenden Schlufssätzen zusammengefafst:

1. „Die bei Rhinoskleromkranken klinisch nachweisbaren regionären Lymphdrüsenschwellungen müssen wir entschieden als spezifisch betrachten, da in denselben der Rhinosklerombacillus sowohl bakteriologisch als auch histologisch nachweisbar ist.

2. Es ist nicht unmöglich, dafs im rhinoskleromatösen Drüsengewebe MIKULICZsche Zellen thatsächlich vorhanden sind; bezüglich der Dignität aber mufs man unbedingt dem Rhinosklerombacillus das Vorrecht geben.

3. Der spezifische Charakter der rhinoskleromatösen Drüsenerkrankung besteht nur in dem bakteriologischen und histologischen Nachweis des Rhinosklerombacillus; die in der Drüse vorhandenen übrigen Veränderungen haben keinen spezifischen Charakter."

XII. **Fünf Fälle von Naevi cystepitheliomatosi disseminati (Hidradénomes JACQUET et DARIER etc.)**, von A. GASSMANN-Leukerbad. Verfasser beschreibt kurz fünf Fälle der erwähnten Affektion.

Fall 1 hat dieselbe seit der frühesten Jugend. Er zeigt an der Vorderfläche des Thorax und am Rücken in der Höhe des siebenten Halswirbels disseminierte, sehr wenig erhabene, derbe, ovale oder unregelmäfsige, bis bohnengrofse Knötchen von weifslicher, zum Teil etwas rötlicher Farbe. An beiden unteren Augenlidern finden sich kleinere, flache, gelblichweifse Knötchen.

Ungewöhnlich ist in diesem Falle die Lokalisation auf Brust und Rücken, während am häufigsten das untere Augenlid bevorzugt wird.

Sowohl das klinische wie das histologische Bild unterscheidet sich im allgemeinen nicht von den Befunden anderer Autoren. Von wesentlicher Bedeutung für die Pathogenese dieser Tumoren waren „die vom Epithel ausgehenden Sprossungen. In fast allen Fällen konnte Verfasser Auswüchse des Deckepithels konstatieren, welche im Bereiche der Geschwulst als solide Zapfen ohne jegliches Lumen in die Tiefe dringen und sich höher oder tiefer in der Pars reticularis verzweigen." An Serienschnitten ist es Verfasser gelungen, die unmittelbare Verbindung einer Cyste mit dem Epithel vermittelst eines Zellstranges einwandsfrei nachzuweisen.

Sehr auffallend war in dem histologischen Bilde der Serienschnitte der Zusammenhang der Epithelauswüchse mit der Basis von Schweifsdrüsenausführungsgängen. Doch finden sich auch an den Haarbälgen und Talgdrüsenausführungsgängen, die strangförmig ausgezogen und gewunden sind, sich gelegentlich unmittelbar an Cystenelemente anlagern und damit auf die Möglichkeit hindeuten, dafs die Geschwulstmassen auch von den Haarbälgen ausgehen können. Den Befunden nach zu urteilen besteht diese Möglichkeit auch für andere Punkte des Epithels.

Verfasser unterwirft die einschlägige Litteratur einer kritischen Besprechung.

XIII. **Über das Epithelioma adenoides cysticum (BROOKE) und seine Beziehung zum Adenom der Talgdrüsen (Adenoepitheliom)**, von W. PICK-Breslau. Verfasser beschreibt einen Fall bei einem 43jährigen Manne, der seit acht Jahren eine

hochgradige Acne rosacea auf der Stirn, Nase und den angrenzenden Wangenpartien hat. Diese Stellen sind stark gerötet, hier und da mit Knötchen besetzt. In der linken Jochbeingegend bemerkt man einen ca. markstückgroßen Herd, dessen Haut weißlich verfärbt, verdünnt und atrophisch erscheint und von spärlich dilatierten Gefäßen durchzogen ist. In der Mitte sind kleine, ziemlich festhaftende Schüppchen. Das klinische Bild täuschte einen Lupus erythematosus vor. Der Herd wurde unter Schleichscher Anästhesie excidiert.

Ein vollständig gleiches Aussehen boten ein linsengroßer Herd über dem rechten Jochbein und mehrere noch kleinere an Stirn und Schläfen.

Verfasser bespricht sehr eingehend unter kritischer Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur das Resultat der histologischen Untersuchung des excidierten Herdes und resumiert seine Beobachtungen in folgenden Schlußsätzen:

„Es handelte sich um multiple, als Talgdrüsennävi anzusprechende Adenome der Talgdrüsen.

Auf der Basis eines derartigen Adenoms war es durch Wucherung des Randepithels der Talgdrüsenacini zur Bildung eines epithelialen Tumors gekommen, der histologisch die Eigentümlichkeiten des Epithelioma adenoides cysticum (Brooke) zeigte.

Hierdurch wird pathologisch-anatomisch die Auffassung nahe gelegt, daß es sich um eine, auf einem Übergangsstadium vom Adenom zum Adenocarcinom stehende epitheliale Neubildung handle.

Dieser Auffassung und der klinisch und histologisch nachweisbaren Benignität wird die Bezeichnung Adenoepitheliom am besten gerecht."

XIV. **Die morphologische Richtung und die anatomisch-genetische Richtung in der heutigen Dermatologie**, von L. Philippson-Palermo. Die vorliegende Arbeit besteht aus zwei Teilen, und zwar aus der Kritik der heutigen Dermatologie und aus den Hauptzügen einer umgearbeiteten Dermatologie.

Indem wir den Leser wegen der Details auf das Original verweisen, heben wir aus dem Resumé des ersten Teiles die wesentlichsten Punkte hervor.

Bei seinem kritischen Streifzuge durch die heutige Dermatologie ist Verfasser immer wieder auf die alte Effloreszenzenlehre gestoßen. Sie nimmt die erste Stelle beim Unterricht ein; nach ihr werden die Beschreibungen der Krankheiten abgefaßt; sie giebt der Diagnose ihre Richtung; sie leitet die pathologisch-anatomischen Untersuchungen; ihr verdankt in letzter Instanz die eigentümliche Auffassung vom Krankheitsbegriff ihren Ursprung; sie kommt auch heute noch bei der Aufstellung neuer Krankheiten, ganz so wie früher, zur Geltung. Verfasser findet dieses krampfhafte Festhalten an der Effloreszenzenlehre bei dem heutigen Stande der Dermatologie in keiner Weise mehr gerechtfertigt, weil dieselbe gar nicht in die Dermatologie hineingehört und mit dem modernen medizinischen Denken vollständig unvereinbar ist. Die Effloreszenzenlehre solle mit der Wurzel, mit welcher sie in alle Gebiete der Dermatologie eingreift, ausgerottet, und als einzige Grundlage unserer Wissenschaft solle, wie in der übrigen Medizin, nur die pathologische Anatomie (resp. die Ätiologie) angesehen werden. *C. Berliner-Aachen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Chronische Infektionskrankheiten.

b. *Tuberkulose.*

Zur Frage der Beziehung des Lupus zur Tuberkulose, von Dr. Himmel. (Dissert. Russl., Kazan.) Bevor Verfasser die Ergebnisse seiner experimentellen Forschungen entwickelt, schickt er die Anschauungen verschiedener Autoren über Ähnlichkeit und Verschiedenheit des klinischen und histologischen Bildes des Lupus voraus. Während ein Teil der Autoren entweder auf Grund klinischer oder histologischer und experimenteller (Verimpfung auf Tiere) Erfahrungen zu dem Schlusse kommt, dafs der Lupus vulgaris nur eine Modifikation der Hauttuberkulose sei, bezweifelt ein anderer auf Grund ähnlicher Beobachtungen und Untersuchungen diese Ansicht oder verneint sogar gänzlich die Identität beider Prozesse und betrachtet den Lupus als eine Krankheit sui generis. Der Verfasser, dem als langjährigen Assistenten von Prof. Ge in Kazan reiches klinisches Material zu Gebote stand, und der letzterem seine Aufmerksamkeit speziell im Sinne seiner Beziehung zur Allgemeinkonstitution geschenkt hat, konnte auf Grund diesbezüglicher Beobachtungen nicht zu der Schlufsfolgerung kommen, dafs zwischen lupösem Prozesse und allgemeinem Zustande des Organismus irgend welches Verhältnis oder irgend welcher kausale Zusammenhang existiere. Da der Vergleich des klinischen Bildes des Lupus und der Tuberkulose ihm ebenfalls keine Beweise für die Analogie beider Affektionen gab, so hat er sich die Aufgabe gestellt, seine Erfahrungen histologisch, auf dem Wege des Vergleichs des lupösen Gewebes und des Gewebes der wahren Hauttuberkulose, zu kontrollieren.

Diese histologischen Untersuchungen ergaben Folgendes: Sowohl bei Lupus wie bei Hauttuberkulose wird bald Wucherung, bald fast totales Schwinden der Epitheldecke beobachtet. Talgdrüsen und Haarbälge zeigen Veränderungen, die sich in ihrer mehr weniger bedeutenden Verödung bis zum völligen Verschwinden äufsern. In der lupösen wie in der tuberkulösen Haut werden das Vorhandensein der lymphoiden, epithelioiden und Riesenzellen und die Verminderung der Menge der elastischen Fasern bis auf Reste konstatiert. Dies sind sozusagen gemeinsame Züge der einen und der anderen pathologisch veränderten Haut. Während jedoch das retikuläre Stroma des Lupusknötchens feinfaserig und gut sichtbar ist, erscheint dasselbe in der tuberkulösen Haut grobfaserig und scharf hervortretend, oder das Stroma fehlt gänzlich, und die Tuberkelelemente sind nur an der Peripherie von Bindegewebsfasern umgeben. Die Menge der neugebildeten Blutgefäfse der lupös entarteten Haut ist grofs. Sie gruppieren sich meistens an den Stellen der stärksten kleinzelligen Infiltration. In der tuberkulös veränderten Haut ist die Menge der Gefäfse gering, und in den Tuberkeln sind sie garnicht zu finden. Die lymphoiden Elemente des lupösen Gewebes sind grofs, und ihre Kerne färben sich gut. Sie zeigen keine Nekrobiose, und nur einige von ihnen stellen eine fettige Degeneration dar. Die lymphoiden Elemente der tuberkulösen Haut sind klein, und die Kerne mehrerer von ihnen verlieren ihre Tinktionsfähigkeit. Sie unterliegen der Nekrobiose und zerfallen zu krümeligen Massen, was in dem lupösen Gewebe niemals beobachtet wird. In der tuberkulösen Haut befindet sich die Hauptmasse dieser detritusähnlichen Krümelchen im Zentrum des Tuberkels, während im Lupusknötchen das Zentrum sozusagen als

der lebensfähige Teil erscheint, da in ihm mehrere Gefäfse eingeschlossen sind, und seine Elemente bedeutend schwerer der regressiven Veränderung verfallen.

Verfasser hat zur Färbung der Lupusbakterien dieselben Methoden angewandt, die auch für die Tinktion der Bacillen der wahren Tuberkulose benutzt werden. Auf Grund der von zwölf Kranken gewonnenen Präparate behauptet er, dafs die Menge der Bakterien im lupösen Gewebe sehr gering ist. Er konnte im Gesichtsfelde höchstens drei Bacillen bemerken, und das auch nicht auf sämtlichen Präparaten. Am meisten wurden sie dort beobachtet, wo die Infiltration nicht diffus, sondern circumscript war. Sie lagen dann meist intracellulär. In den Riesenzellen waren weniger vorhanden. Beim Vergleich mit den Bacillen der wahren Hauttuberkulose machten sie den Eindruck, als ob sie kürzer und dünner wären. Doch damit will der Verfasser nicht entschieden behaupten, dafs die Differenz so grofs sei, dafs sie gleich in die Augen fallen müsse. Die Kultivierung des zerriebenen Lupusgewebes von zwölf Kranken geschah auf folgenden Nährböden: 1. Kartoffel (mit neutralem Glycerin) von schwach saurer Reaktion, 2. Glycerinagar, 3. Blutserum, 4. Ascitesflüssigkeit, 5. Agar und 6. Boullion. Die Versuche fielen sämtlich negativ aus, während doch die Ausstrichpräparate — dem Impfstoffe entnommen — zweifellos auf Gegenwart von Tuberkelbacillen hinwiesen. Kontrollzüchtungen der Bacillen der wahren Hauttuberkulose auf denselben Nährmedien ergaben beständig positive Resultate.

Der experimentelle Teil der betreffenden Arbeit ist allseitig und unter der Befolgung der strengsten Aseptik durchgeführt. Der Verfasser inficierte 39 Tiere, und zwar Kaninchen und Meerschweinchen. Den Kaninchen wurde eine Emulsion aus dem Lupusgewebe in die vordere Augenkammer oder in die Ohrenvene geimpft, und den Meerschweinchen in die Bauchhöhle oder die Subcutis. Nach der Impfung brachte man die Tiere in neue Käfige, die man dann täglich desinficierte. Diese Käfige ihrerseits stellte man in einem desinficierten Zimmer auf, wo sich nur die geimpften Tiere befanden.

Die Menge des in die Bauchhöhle und unter die Haut injizierten Lupusgewebes betrug nie weniger als $^1/_4$ ccm. Was die Stückchen, die man in die vordere Augenkammer einführte, und die Menge der bacillenhaltigen Emulsion, die man in die Ohrenvene einspritzte, anbelangt, so begnügte sich der Verfasser mit einer geringeren Quantität.

Gewöhnlich stieg gleich nach der Impfung die Temperatur des Tieres um einige Zehntel Grad, um bald darauf wieder zu fallen. Schwankungen, die später zwischen der Morgen- und Abendtemperatur beobachtet wurden, überstiegen selten einige Zehntel Grad. War die Differenz zeitweise eine gröfsere, so waren offenbar zufällige Momente die Veranlassung, denn die Temperatur sank schon am folgenden Tage, ohne wieder zu steigen. Während der ganzen Lebensdauer nach der Impfung waren die Tiere munter, frafsen gut und nur 1—2, höchstens 5 Tage vor dem Tode zeigten sie Apathie, bewegten sich wenig und nahmen keine Nahrung mehr oder nur sehr wenig. Dabei konnte man Parese der Hinterextremitäten konstatieren. Diese Parese äufserte sich bei einigen mehr, bei anderen weniger stark, wurde aber als Regel bei sämtlichen Tieren beobachtet. Die Abmagerung in der letzten Zeit des Lebens war sehr bedeutend. Die Meerschweinchen und die Kaninchen verloren ungefähr ein Drittel ihres anfänglichen Gewichtes. Nur diejenigen Kaninchen, die in die vordere Augenkammer geimpft waren, zeigten in dieser Richtung eine Abweichung von dem allgemeinen Typus. Anstatt abzumagern, nahmen sie im Gegenteil bedeutend an Gewicht zu.

Unter die Haut des Abdomens waren 15 Meerschweinchen geimpft, in die Bauchhöhle 14, in die Ohrenvene wurde die Lupusemulsion 8 Kaninchen injiziert, wobei einem von ihnen gleichzeitig eine subcutane Bauchdeckenimpfung gemacht wurde.

Zwei Kaninchen endlich sind auf dem Wege der Inokulation in die vordere Augenkammer infiziert worden. Bei den 15 Meerschweinchen, denen man vom lupösen Brei unter die Haut des Abdomens impfte, und bei dem auf demselben Wege infizierten Kaninchen hat sich das durch die Injektion gesetzte Infiltrat allmählich resorbiert, und nach zwei Wochen war es schon schwierig, die Inokulationsstelle aufzufinden. Um diese Zeit reagierten die Tiere auf Druck im Injektionsgebiete garnicht, als ob hier keine Impfung stattgefungen hätte. Nach drei Wochen war bei der allergründlichsten Untersuchung kaum eine leichte Induration zu bemerken, und das auch nur beim Vergleiche mit anderen Stellen der äufseren Bauchdecken, wo keine Impfungen gemacht wurden. Bei den 14 Meerschweinchen, die intraperitoneal mit lupösem Brei infiziert wurden, ferner bei den 8 Kaninchen, die intravenös geimpft waren, konnte man intra vitam nirgends ein Infiltrat konstatieren. Die pathologisch-anatomische Obduktion ergab in allen Fällen fast ein und dasselbe Resultat, obwohl die Impfung auf verschiedenem Wege — subcutan, intraperitoneal, itravenös — geschah. Kleine Unterschiede, welche das pathologisch-anatomische Bild hie und da zeigte, waren absolut unwesentlich.

Die endgültigen Ergebnisse der pathologisch-anatomischen Obduktionen und der histologischen Untersuchungen der Drüsen und der parenchymatösen Organe der mit Lupusgewebe geimpften Tiere können folgendermafsen zusammengefafst werden: Inguinal-, Bronchial- und Mesenterialdrüsen waren gewöhnlich nicht vergröfsert, succulent und auf der Schnittfläche von rosa-gräulicher Farbe. Diaphragma, Peritoneum und Mesenterium zeigten bald nur schwache, bald keine Injektion; nirgends konnte man in ihnen verkäste Knötchen feststellen. In den Lungen, im Herzen, in der Leber, in der Milz und den Nieren — nirgends fanden sich Herdveränderungen, die möglicherweise tuberkulöser Natur hätten sein können. Mikroskopisch war in keinem einzigen von 39 Fällen in Drüsen, oder in parenchymatösen Organen das Vorhandensein von Tuberkeln und Tuberkelbacillen zu konstatieren. Nicht einmal eine kleinzellige Infiltration war vorhanden. Bei zwei Kaninchen, denen die Impfung des Lupusgewebes in die vordere Augenkammer gemacht war, beobachtete man folgendes: Nach der Impfung war die Cornea etwas getrübt. Später, als der Schnitt, durch welchen die Stückchen des Lupusgewebes eingeführt wurden, verheilte, fing die Cornea an, sich aufzuhellen, und in der vorderen Augenkammer war das Stückchen des lupösen Gewebes zu sehen. Im Anfang war dieses Stückchen solid und sah ebenso wie vor der Einführung aus. Im Laufe der Zeit jedoch fing es an, sich gleichsam zu spalten und zu verkleinern, so dafs man es nach drei Wochen nicht mehr sehen konnte. Die Iris war in der ersten Zeit nach der Impfung etwas hyperämisch. Diese Hyperämie aber verschwand bald, ohne dafs sonstige Veränderungen zurückblieben. Auch die ophthalmoskopische Untersuchung der Netzhaut konnte keine Miliarknötchen nachweisen. Bei denselben zwei Kaninchen fehlten auch diejenigen atrophischen Veränderungen in den parenchymatösen Organen, die man bei den 37 übrigen, auf anderem Wege infizierten Tieren beobachtete.

Ein ganz anderes Bild bekam der Verfasser bei der Impfung der Tiere mit Bacillen der wahren Tuberkulose. Nach der Inokulation konnte man starke Schwankungen zwischen der Morgen- und Abendtemperatur konstatieren. Schon am vierten bis fünften Tage nach Impfung mit den Tuberkelbacillen fingen die Tiere an merklich abzunehmen und kurz vor dem Tode, d. h. nach 8 oder sogar $2^1/_2$ Wochen war ihr Gewicht bis auf die Hälfte gesunken. Im Gegensatz dazu blieben die mit lupösem Gewebe geimpften Tiere wenigstens $4^1/_2$ Wochen am Leben, einige von ihnen sogar 7—8 Monate. Zwei Kaninchen, denen die Inokulation in die vordere Augenkammer gemacht war, lebten noch ungefähr ein Jahr und wurden dann vom Verfasser ge-

tödtet. Die pathologisch-anatomische Obduktion der durch die Impfung mit Tuberkelbacillen zu Grunde gegangenen Tiere zeigte das klassische Bild der Tuberkulose. Auf dem Peritoneum und Mesenterium waren graue Knötchen von der Größe eines Mohnkorns zerstreut sichtbar. Die Inguinal-, Mesenterial und Bronchialdrüsen waren vergrößert und einige von ihnen verkäst. In einzelnen parenchymatösen Organen, wie z. B. in der Milz und in den Lungen, waren ebenfalls Knötchen-Konglomerate zu beobachten, die auf der Schnittfläche das Bild der Verkäsung ergaben. Ausstriche von diesen Knötchen und Züchtung auf künstlichen Nährböden fielen immer positiv aus. Die histologische Untersuchung parenchymatöser Organe und Drüsen der an Tuberkulose gestorbenen Tiere ergab das Vorhandensein sowohl von Tuberkeln, wie auch von diffuser Infiltration.

Der Verfasser betont diese Differenz der von ihm gewonnenen Resultate bei Impfung der Tiere mit lupösem Gewebe und mit Tuberkelbacillen. Um sich zu überzeugen, ob nicht das Lupustoxin an und für sich das Tier zu töten imstande wäre, stellte er folgende Versuche an. Er nahm ein Stückchen lupösen Gewebes — etwas größer als 1 ccm —, zerrieb es mit 50 ccm steriler Bouillon, ließ die erhaltene Emulsion vier Stunden bei 7° R. stehen, filtrierte den flüssigen Teil durch das Chamberlain-Filter ab, teilte das ganze Filtrat in vier Teile und injizierte es vier Meerschweinchen. Schon am zweiten Tage nach der Injektion des Lupusextraktes wurden die Meerschweinchen apathisch und hörten auf zu fressen. Am vierten Tage starben alle ungefähr um eine und dieselbe Zeit. Der Verfasser meint, daß das Lupusgewebe einen Stoff (Toxin) enthält, welcher Tiere auch dann zu töten imstande ist, wenn die Wirkung der Lupusbakterien beseitigt ist und diese selbst in den Organismus nicht eingeführt sind. Die pathologisch anatomischen Sektionen und histologischen Untersuchungen der Organe dieser vier Meerschweinchen wiesen auf das Vorhandensein der Intoxikation hin. Natürlich zeigten aber Aussaaten auf Nährböden von den parenchymatösen Organen keine Mikroorganismen.

Diese Arbeit schließt der Verfasser mit folgenden Sätzen: 1. Eine Abhängigkeit der lupösen Erkrankung vom Allgemeinzustande des Organismus läßt sich nicht konstatieren. Die einzelnen Fälle können nur zur Verneinung, nicht aber zur Bestätigung dieses Zusammenhanges dienen. 2. Der klinische Charakter des lupösen Prozesses unterscheidet sich so scharf von dem der wahren Hauttuberkulose, daß er die klinische Trennung beider Prozesse berechtigt. 3. Das histologische Bild der lupösen Haut zeigt so grelle Unterschiede von dem der tuberkulösen, daß dieselben auch dem weniger erfahrenen Beobachter ins Auge springen. 4. Scheinbar existiert sogar in der Form beider Arten von Bakterien eine — wenn auch kleine — Differenz. So geben z. B. die Lupusbakterien leichter ihre Farbe ab als die Bakterien der wahren Tuberkulose. 5. Die Aussaaten des lupösen Gewebes auf verschiedene Nährböden, die für das Wachstum der Tuberkelbacillen geeignet sind, ergaben ungeachtet ihrer außerordentlich großen Menge immer negative Resultate. 6. Die Impfung von 89 Tieren mit Lupusgewebe verursachte bei keinem einzigen das Bild der Tuberkulose. 7. Das Toxin des lupösen Gewebes — subcutan eingeführt — ist imstande, das Tier zu töten.

Der Verfasser schließt mit der Bemerkung, daß ihn die klinischen, histologischen und experimentellen Ergebnisse, die er bei seinen Untersuchungen gewonnen hat, nicht dazu berechtigen, den Lupus vulgaris für eine Modifikation der Hauttuberkulose zu halten. Er neigt vielmehr der Ansicht zu, daß der Lupus eine selbständige Krankheit ist. Schließlich giebt Verfasser der Hoffnung Raum, daß weitere experimentelle Untersuchungen in Bälde zu einer definitiven Klärung der Frage führen werden.

Richter-Hamburg.

In der medizinischen Sektion der Schles. Gesellschaft für vaterländ. Kultur (*Allg. med. Centralztg.* 1901. No. 54) demonstriert Burmeister am 10. Mai 1901 einige Fälle von **Hauttuberkulose:**

1. Einen Knaben, bei dem ein exulcerierter Lupus des Handrückens nach Excision und Deckung durch Krausesche Lappen geheilt schien, der aber auf eine Probeinjektion von Tuberkulin mit einem Lichen scrofulosorum an Brust und Bauch, Rötung an der Injektionsstelle und mit Rötung und Schwellung der Zone um den Krauseschen Lappen reagierte; 2. einen 58jährigen Mann mit einem kleinen Lupusherde auf dem Rücken und einem gröfseren am Knie; die Herde hatten sich seit frühester Kindheit ganz langsam entwickelt. Tuberkulininjektion bestätigte die Diagnose; einen Knaben mit Lichen scrofulosorum, kompliziert durch ein Eczema seborrhoicum, und 4. einen Knaben mit Lupusrecidiv nach anscheinender Heilung durch Excision und Transplantation. *A. Loewald-Cassel.*

Über Riesengebilde in tuberkulösen Geweben, von S. Droba. (*Bulletin internat. de l'Acad. des sciences de Cracovie.* Okt. 1900.) Die Ansichten des Verfassers über die für tuberkulöse Prozesse charakteristischen Langhansschen Riesenzellen sind bezüglich der Histogenese dieser Gebilde neu und eigenartig; nach ihm entsprechen die Riesenzellen in ihrem Bau absolut dem Bilde schiefer Durchschnitte eines spezifisch veränderten kleinsten Gefäfsstämmchens. Die spezifischen Veränderungen betreffen nicht allein die Gefäfswände, sondern auch die innerhalb derselben befindlichen Blutelemente. Zuerst besteht nur eine in allen Schichten der Gefäfswand gleichwertige Zellvermehrung. Die wie aufgequollenen Endothelzellen obstruieren oft das ganze Gefäfslumen. In Media und Adventitia finden sich fixe Bindegewebszellen, Leukocytenkerne und deren Detritus. Die Intima verliert ihre Struktur, sie wird zu einem homogenen Streifen mit spärlichen, erhaltenen Zellkernen. Die Ursache all dieser Veränderungen sind die in der Intima und dem Gefäfslumen deutlich nachweisbaren (auf den beigefügten trefflichen Abbildungen gut sichtbaren) Tuberkelbacillen.

Hopf-Dresden.

Zur Kasuistik der tuberkulösen Geschwüre des äufseren Genitales, von Ehrmann. (*Wien. med. Presse.* 1901. No. 5.) Tuberkulöse Geschwüre des äufseren Genitales entstehen bei Männern im allgemeinen auf dreierlei Weise: Der erste Entstehungsmodus ist die Fortsetzung einer bestehenden Tuberkulose des Urogenitalsystems auf die Haut, und bei diesem Typus lassen sich zwei Unterarten erkennen: die eine ist die „Fortsetzung per contiguitatem", Übergreifen der Tuberkulose der Samenbläschen und der Prostata auf die Harnröhre und von dieser auf die Glans penis, die andere umfafst jene Fälle, wo durch fortgeschleppte tuberkulöse Massen vermittelst des Harnes ohne Miterkrankung der Harnröhre die Haut der Glans erkrankt; hierher gehören auch jene Fälle, wo Tuberkulose der Nieren allein ohne irgend nachweisbare Tuberkulose der Prostata und Samenbläschen, der Blase und der Urethra zur Bildung tuberkulöser Hautgeschwüre führt. — Die zweite Reihe der Entstehungsarten ist die Verschleppung durch Blutzirkulation, bei welcher tuberkulöse Keime, von irgend einem tuberkulösen Herde innerer Organe entführt, in die Haut des Genitales gelangen können. — Die dritte Reihe der Entstehungsarten ist die Infektion von aufsen, welche die am längsten bekannte ist, weil die Infektion in einzelnen Fällen durch Kontakt des Speichels tuberkulöser Individuen mit Circumcisionswunden entstanden sein soll (primäre Hauttuberkulose). Allerdings kann jede Erosion des äufseren Genitales, welche vom Sputum tuberkulöser Individuen befeuchtet wird, auf diese Weise zur primären tuberkulösen Infektion führen. Verfasser teilt nun vier Fälle mit zur Illustrierung der angeführten Arten von Infektion. — Bei den Frauen

tritt die Tuberkulose am äufseren Genitale in zweierlei Formen auf. Bei der ersten Form handelt es sich um einen gröfsere Hautflecken einnehmenden, oberflächlichen Substanzverlust der grofsen und der kleinen Labien, welcher in der Umgebung zu elephantiastischen Verdickungen geführt hat, Fälle, wie sie von JADASSOHN als Ulcus vulvae chronicum beschrieben worden sind, Fälle, bei welchen in der Umgebung des Substanzverlustes aufserdem noch kleine Excrescenzen sich bilden, in denen dilatierte Lymphgefäfse wie bei Elephantiasis vorkommen, wie sie zuerst von PALTAUF beobachtet wurden und vorher nicht als Tuberkulose galten. — Die zweite Form bilden umschriebene Geschwüre, manchmal mit überhängenden Rändern, so dafs die Differentialdiagnose gegen ein Gumma auch hier nicht immer sofort gemacht werden kann, in ausgeprägten Fällen aber keine Schwierigkeiten bietet — Die Infektion geschieht durch direktes Übergreifen des tuberkulösen Prozesses vom Harnapparate oder vom inneren Genitale, durch die Zirkulation, von aufsen her durch den Speichel oder das Sputum Tuberkulöser, während der Geburt durch die Hände der Hebamme, schliefslich auch vom Darme aus. *A. Alpár-Alexandria.*

Die Pathologie, Diagnose, spezielle Prophylaxe und Behandlung der Hauttuberkulose, von JOHN A. FORDICE-New York. (*New York med. Journ.* 11. Mai 1901.) In dieser ziemlich allgemein gehaltenen Abhandlung teilt FORDYCE die Hauttuberkulose in eine primäre und sekundäre ein, unter ersterer hauptsächlich den Lupus begreifend, zu letzterer das Skrophuloderma und die von der französischen Schule so benannten Tuberkulide, wie Lupus erythematosus, Lichen scrophulosorum u. s. w. rechnend. Jugendliches Alter ist ein wahrhaft prädisponierender Faktor bei Lupus, denn mehr als 75% der Fälle beginnen vor dem Alter von 20 Jahren. Histologisch ist die Struktur des Lupusknötchens ähnlich anderem tuberkulösen Gewebe: ein Netzwerk von Bindegewebe, welches zahlreiche Zellenhäufungen — Epitheloid-, Plasmazellen, auch einkernige Leukocyten benannt — enthält; Riesenzellen sind häufig in der tief in das Corium oder das subcutane Gewebe sich erstreckenden Neubildung. Differentialdiagnostisch kommen besonders in Betracht: Spätformen von Hautsyphilis, welche jedoch rascher sich entwickelt und nicht das durchsichtige Knötchen wie der Lupus enthält, und das serpiginöse Epitheliom, welches nicht erst in späteren Lebensjahren vorkommt und durch die erhabenen, wachsähnlichen Ränder charakterisiert ist; Aktinomykosis, Lepra, Sarkom müssen ferner auch, wenn auch nur in ungewöhnlichen Fällen, in Betracht kommen. Von den verschiedenen Behandlungsmethoden des Lupus hält FORDYCE noch immer die totale Exzision mit nachfolgender Transplantation für die beste. Bei ganz kleinen Herden kann auch die Zerstörung durch chemische Mittel, wie Chlorzink und Pyrogallussäure versucht werden, an speziellen Körperstellen, wie den Augenlidern oder äufserem Ohr, ist der Paquelin oder Galvanokauter ein vorzügliches Unterstützungsmittel. Lineare Starifikation ist in Amerika nicht sehr beliebt, da sie langsam zur Heilung führe, schmerzhaft und mit viel Blutverlust verbunden sei, und den theoretischen Einwurf zulasse, dafs sekundäre, tuberkulöse Infektion noch folgen kann. FINSENS Methode und die Röntgenstrahlen bieten zweifellos Erfolge, sind aber aufserordentlich langsam in der Wirkung. Tuberkulin wird neuerdings wieder von HALLOPEAU empfohlen, ist durch die ausgesprochene Reaktion und nachfolgende Abnahme der Infiltration ausgezeichnet und jedenfalls weiterer Beachtung wert. Die Behandlung der gewöhnlichen Formen von Skrophuloderma ist eine rein chirurgische und bedarf nach Verfassers Ansicht keiner näheren Erklärung. *Stern-München.*

Zur Behandlung der Tuberkulose: die Tuberkulide, von EDWIN KLEBS-Hannover. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 17.) Nach Ansicht des Verfassers sind

die Tuberkulide durchweg Toxikosen, zu denen sich gelegentlich Tuberkulose gesellen kann. Auch die isolierte Iristuberkulose gehört hierher, ebenso wie der größte Teil der Lupusformen, die als toxische Granulome zu bezeichnen sind. Bei diesen allerdings kommt es häufiger zur Entwicklung von tuberkulösem Gewebe, welches hier als Unterscheidungsmerkmal dienen kann. Auch bei Lupus ist in erster Linie innerliche und lokale Behandlung mit Tuberkulocidin zu empfehlen, bei Iristuberkulose dagegen wie bei konjunktivaler Tuberkulose lokale Anwendung von TC neben innerlicher.

Götz-München.

Ein einfacher Apparat zur Heifsluftbehandlung des Lupus, von Desider Stapler. (*Wien. med. Wochenschr.* 1901. No. 20.) Zur Heifsluftätzung brauchte Verfasser einen Paquelin, bei dem die Öffnung zum Ausströmen der Verbrennungsgase des Benzins sich an der Seitenwand des Brenners befindet. Besser ist noch, an dieser Seitenöffnung ein kleines Röhrchen anzubringen. (Etwas ähnliches hat schon Unna empfohlen. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Behandlung des Lupus in vorgeschrittenem Stadium durch Auskratzung und Applikation von Jodtinktur. (*Semaine méd.* 1901. No. 41.) H. Snow vom Brompton Cancer Hospital in London verfährt in solchen Fällen in folgender Weise: nach tüchtiger Auskratzung alles erkrankten Gewebes und nachdem die Blutung vollständig aufgehört hat, bedeckt er die ausgekratzten Partien mit Scharpie, die mit Jodtinktur durchtränkt ist. Am folgenden Tage wird die letztere wieder abgenommen — da sie sonst eine heftige Blasenproduktion erzeugen würde — und durch aufweichende Aufschläge ersetzt. Snow will mit seiner Methode definitive Heilungen erzielt haben in Fällen, welche jeder anderen Behandlungsweise getrotzt hatten. Recidive sollen dadurch völlig vermieden werden, solange wenigstens die benachbarten Schleimhäute noch nicht befallen sind. Zur Keloidbildung, wie z. B. nach Applikationen von Eisenchlorid, soll es niemals kommen. *C. Müller-Genf.*

Behandlung von Lupus und Ulcus rodens mittelst Röntgenstrahlen, von J. Startin-London. (*Lancet.* 20. Juli 1901.) Am geeignetsten für die Röntgenbehandlung sind nach Startins Erfahrungen Lupus vulgaris, Lupus erythematodes, Ulcus rodens, Epitheliom, Psoriasis, Eccema circumscriptum, Lichen, Alopecia areata parasitica und andere parasitäre Erkrankungen der Klasse Herpes tonsurans. Er führt je einen Fall an von Ulcus rodens, Ulcus traumaticum, Lupus vulgaris, Lupus erythematodes und Psoriasis, welche mit gutem Erfolge so behandelt wurden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein durch Radiographie gebesserter Fall von Lupus, kompliziert durch Alopecie, von R. Duhot. (*Presse méd. belge.* 1901. No. 14.) Die ursprüngliche Hautaffektion des Kranken bestand in einem ulcerösen Lupus des linken Ohrläppchens. Er erhielt 21 Tage lang täglich 15 Minuten lang Röntgenbestrahlung. Als sich um diese Zeit Reizung (Erythem) der Umgebung einstellte, schien der lupöse Herd noch nicht verändert. Nach achttägiger Anwendung einer Zinksalbe zeigte sich das Erythem geschwunden, das Volumen des Ohrläppchens auf die Norm zurückgegangen und einige Knötchen auf der Hinterseite des Ohrläppchens total resorbiert, während das Ulcus luposum eher etwas tiefer und breiter geworden war. Interessant war das plötzliche Auftreten einer kompleten Alopecie der ganzen linken Kopfhälfte am vierten Tag der Bestrahlung, obwohl die Haare durch eine Metallplatte gegen die Röntgenstrahlen geschützt worden waren. Gleichzeitig weist die Mutter, welche diese Platte gehalten hat, Röntgenveränderungen an den Fingern auf. Die Haut ist gespannt, bläulichrot, und die Nägel sind gefurcht sowie konkav geworden statt ihrer normalen konvexen Form. *Hopf-Dresden.*

Die Behandlung des Lupus mit blauem elektrischen Licht, von Minin. (*Wratsch.* 1901. No. 33.) Verfasser empfiehlt für diejenigen Lupusfälle, welche eine zu zeitraubende Finsensche Behandlung verlangen, oder dort, wo gar kein Finsenscher Apparat existiert, blaues elektrisches Licht. Zu diesem Zwecke bedient sich Verfasser einer elektrischen Lampe von 50 Kerzen Lichtstärke aus blauem Glase mit Reflektor. Als Regel mufs gelten, die Lampe so zu halten, dafs die Strahlen stets unter einem geraden Winkel auf die zu beleuchtende Stelle fallen bei einer Entfernung von circa ½ Meter. Die Beleuchtung mufs entweder täglich im Verlauf von 10—15 Minuten oder über einen Tag zu 25—30 Minuten ausgeführt werden. Bei starkem Juckreiz kann eine Pause von zwei Tagen gemacht werden. *Arth. Jordan-Moskau.*

Eine neue Lampe für die Lupusbehandlung hat Dr. Bang, Leiter des Finsenschen Laboratoriums, erfunden. Diese Lampe giebt ein sehr schwaches Licht, das aber aufserordentlich reich an chemisch wirksamen Strahlen ist. In derselben werden statt Kohle-Pole solche aus Metall verwendet. Die bakterientötende Kraft dieser Lampe ist zehnmal stärker als die der gewöhnlichen Bogenlampe, so dafs z. B. die Dauer der Sitzung von 75 Minuten auf 4—5 Minuten abgekürzt werden kann. Der Preis der Lampe beträgt 15 Dollar. (*The scientific American.* 14. Sept. 1901.)

C. Müller-Genf.

c. *Syphilis.*

Die Syphilis im Parafiewskischen Kreise des Gouvernements Tschernigow, von Generopitowzeff. (*Wratsch.* 1901. No. 38.) Der Syphilidologenkongrefs zu Petersburg im Jahre 1897 hat bereits zu verschiedenen Arbeiten über die Verbreitung der Syphilis unter der Landbevölkerung Rufslands Anlafs gegeben. Zu diesen reihen sich nun auch die Untersuchungen des Verfassers über das Vorkommen der Syphilis in einem Kreise des Tschernigowschen Gouvernements, welcher 6 Dörfer umfafst und zirka 9500 Seelen zählt. Durch Führen genauer Listen über die einzelnen Familien konnte Verfasser im Laufe der letzten drei Jahre feststellen, dafs zirka 5% dieser Bevölkerung syphilitisch ist, wobei er gleich Speranski, Efreinow und Timoschok viel mehr Weiber, als Männer erkrankt fand. Hinsichtlich des Modus der Ansteckung erwiesen sich nach Verfasser 66,1% hereditär erkrankt, ferner 17,3% infolge des engen Zusammenlebens, 11,9% auf unbekannte Weise und nur 4,7% auf geschlechtlichem Wege. Es handelt sich also vorwiegend um eine Syphilis innocentium. Verfasser streift dann weiter die Frage von dem schädlichen Einflufs der Syphilis auf die Nachkommenschaft und bringt zum Schlufs einige Beispiele für wahrscheinliche Syphilis in der zweiten Generation. *A. Jordan-Moskau.*

Verein zur Bekämpfung der Syphilis, nach A. Fournier von P. R. (*Journ. d. pratic.* 1901. No. 27.) Vor kurzem hat sich in Paris eine Société de prophylaxie sanitaire et morale gebildet, die aus Männern der verschiedensten Berufsarten bestehend, energisch den Kampf gegen die Syphilis aufnehmen will. Die Notwendigkeit dieser neuen Ligue erhellt aus der Frequenz der syphilitischen Infektionen — die Zahl der Syphilitiker beträgt in der erwachsenen männlichen Bevölkerung von Paris nach Le Noir mindestens 13%, nach Fournier 13—18% —, aufserdem aus den Gefahren, welche die Lues für das Individuum wie für die Rasse mit sich bringt und aus der Unzulänglichkeit der bisher angewandten prophylaktischen Mafsnahmen. Der Zweck des Vereins ist, alle die Syphilis betreffenden Fragen zu studieren und aufzuklären, die Resultate dieser Forschungen zu veröffentlichen und gestützt auf die Macht der Öffentlichkeit die Behörden zum Eingreifen zu zwingen, das Publikum

über die Gefahren der Syphilis, über die Art ihrer Verbreitung aufzuklären und endlich gegen die Syphilis und die Prostitution direkt anzukämpfen durch Gründung von Spezialpolikliniken, Asylen für junge Mädchen, Gewerbeschulen etc. Die nächsten Ziele, die sich der Verein gesetzt hat, sind, eine humane gesetzliche Regelung der Prostitution, die Unterdrückung der Prostitution der Minderjährigen und die Schliefsung der Animierkneipen herbeizuführen, darauf zu dringen, dafs die jungen Leute in den Kollegien und Lyceen über die Gefahren der venerischen Krankheiten aufgeklärt werden, und endlich den Anstofs zu geben einerseits zur Gründung öffentlicher Wohlfahrts- und Wohlthätigkeitsanstalten für unbemittelte oder alleinstehende junge Mädchen und für Prostituierte, andererseits zur Errichtung von Spezialpolikliniken, deren Benutzung jedermann frei stehen soll. Die Sprechstunden in diesen Polikliniken, in denen auch die nötigen Medikamente, sowie gedruckte Instruktionen unentgeltlich verabfolgt werden sollen, müssen zu einer für die grofse Bevölkerung passenden Zeit, vielleicht abends abgehalten werden; jeder Kranke mufs einzeln und abgesondert von den anderen examiniert, untersucht und behandelt werden, damit kein Gefühl der Beschämung die Patienten von der Benutzung dieser Anstalten zurückhält.

Götz-München.

Wovon hängt die Schwere einer Syphiliserkrankung ab? von G. Marcou. (*Presse méd. belge.* 1901. No. 28.) Die Schwere jedes Falles von Lues hängt erstens davon ab, ob die Muttersyphilis schwer oder leicht, malign oder benign gewesen ist. Zweitens wird eine entsprechende Behandlung die Virulenz der Mutter- wie Tochtersyphilis abschwächen. Alle anderen Faktoren sind ohne Einfluſs auf die Stärke einer Syphiliserkrankung. *Hopf-Dresden.*

Ein neuer Syphilisbacillus. Neue bakteriologische Forschungen über Syphilis, von Justin de Lille und Louis Jullien. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 29.) Die Verfasser haben aus dem von seinem Serum isolierten Plasma des Luetikerblutes und aus dem in künstlich hervorgerufenen Blasen enthaltenen Serum einen neuen Bacillus isoliert, der polymorph ist, bald kurz bei 5—8 μ Länge und 0,15—0,3 μ Breite, bald Fadenform annehmend; die Extremitäten, ziemlich abgerundet, zeigen keine kolbenförmige Anschwellung. Er besitzt Eigenbewegung. Er nimmt die gebräuchlichen Farblösungen mit Leichtigkeit an, wird am besten mit Osmiumsäure oder mit Essigsäure versetzter gesättigter Sublimatlösung fixiert. Nach Gram entfärbt er sich nicht. Gelatine wird langsam verflüssigt, vorzüglich wächst er auf Amnionflüssigkeit. Auf Grund ihrer weiteren Experimente glauben die Verfassers folgende Leitsätze aufstellen zu können:

1. Der Bacillus ist bei allen Syphilitikern, die sich im floriden Stadium befinden, nachweisbar.
2. Er bewirkt die Agglutinationsreaktion beim Kranken, die beim Nichtluetiker negativ ausfällt.
3. Die am Tiere nach der Einimpfung beobachteten Symptome sind den beim Menschen konstatierten vergleichbar.
4. Der Bacillus fixiert das Alexin der mit syphilitischen Produkten geimpften Tiere.
5. Seine Einimpfung bleibt bei bereits luetisch infizierten Individuen erfolglos.
6. Beim Menschen wie beim Tiere verschwindet der Bacillus mit dem Tode.

A. Loewald-Cassel.

Über syphilitisches Fieber mit Anführung von drei Fällen, von Thomas B. Futchen-Baltimore. (*New York. med. Journ.* 1901. No. 25.) F. hält im allgemeinen das Fieber bei Syphilis für viel häufiger, als meist angenommen wird und zwar 1. als

sehr häufiges Vorkommnis vor oder gleichzeitig mit den Sekundärerscheinungen (Invasionsfieber), 2. sehr seltene 3—4 Wochen vor dem Auftreten derselben und 3. kann es in irgend einem Stadium der Sekundär- und Tertiärperiode sich einstellen. Die drei Fälle, welche genauer beschrieben und mit Fieberkurven versehen sind, stellen typische Beispiele für 1. und 3. dar; der letzte kam 29 Jahre nach der Primärinfektion bei einem 57jährigen Arzte vor und wurde, wie so häufig, mit Malaria verwechselt; in dem zweiten Falle glaubte man lange Zeit es mit Typhus zu thun zu haben, bis die Knochenverdickungen auf die richtige Diagnose führten und die Darreichung von Jodkalium dann rasche Besserung brachte. Die Schlufsfolgerungen vorliegender Arbeit seien hiermit noch angeführt: 1. In allen Fällen von Fieber zweifelhaften Ursprungs soll an die Möglichkeit der syphilitischen Natur desselben gedacht werden. 2. Die Erfahrung zeigte, dafs sogar sehr bewanderte Ärzte dabei fälschlich irgend einen akuten fieberhaften Zustand annahmen. 3. Die Affektionen, für welche meist das syphilitische Fieber gehalten wird, sind Malaria, Typhus, Tuberkulose, Sepsis und zuweilen rheumatisches Fieber. 4. Das Fieber kann kontinuierlich, remittierend oder intermittierend sein. Der remittierende Typus wird als die häufigste Form beim Invasionsfieber angesehen. Das Fieber ist oft mit Schüttelfrösten begleitet. 5. Sorgfältige Untersuchung der langen (Röhren-)Knochen und der inneren Organe auf Erscheinungen von tertiärer Lues sollte in jedem Falle von Fieber zweifelhaften Ursprungs vorgenommen werden. *Stern-München.*

Über Recidive und Spätformen der Lues und deren Behandlung mit Jodsoolbädern, von Wilhelm Degré. (*Wien. med. Wochenschr.* 1901. No. 23.) Nach Ausführungen über Syphilisrezidive, speziell Syphilis hereditaria tarda wendet sich Verfasser der Therapie zu. Er hält die Syphilis nicht für heilbar in dem Sinne, dafs die Krankheitskeime wieder ganz eliminiert werden. Unsere Heilbestrebungen haben Rezidive möglichst lange aufzuhalten. Bei den Spätsyphiliden ist Jod von bester Wirkung; sehr geeignet sind Kuren in jodhaltigen Soolbädern (Verfasser ist Badearzt in Derkau), auch da, wo die Darreichung von Hydrargyrum indiziert ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über eine eigentümliche Anordnung der rezidivierenden Roseola: Anordnung längs der Interkostalräume, baumförmige Roseola, von De Beurmann und Louis Delherm. (*Journ. d. pratic.* 1901. No. 15.) Unter den zahlreichen Fällen von rezidivierender Roseola, welche die Verfasser beobachtet haben, fanden sie in 8 Fällen das Exanthem am Rücken in Form von Streifen oder Bändern angeordnet, die von der Wirbelsäule ausgehend entlang den Interkostalräumen nach aufsen und abwärts zogen. Die obersten dieser Streifen, die parallel verlaufend durch vollständig gesunde Haut voneinander getrennt waren, reichten nur bis zur Höhe des Schultergelenks, während sich die übrigen erst in der hinteren Axillarlinie verloren. Das Ganze glich einem Baum, an dem die Wirbelsäule den Stamm und die Roseolenstreifen die Äste vorstellten (daher baumförmige Roseola, Roséole Abiès). Die Streifen waren sehr wenig beständig, sie verschwanden zumeist schon nach ein, längstens nach zwei Tagen. Stets fanden sich auch an anderen Körperpartien Roseolen, die aber keinerlei besondere Gruppierung zeigten. Der Grund für die streifenförmige Anordnung ist wahrscheinlich in einer Störung des Nervensystems zu suchen. Möglicherweise sind die Roseolenstreifen in ähnlicher Weise zu erklären wie die Headschen hyperästhetischen Hautzonen bei Erkrankungen innerer Organe: sie wären in diesem Falle der äufsere Ausdruck einer Einwirkung des Syphilisvirus auf das Rückenmark. — Die streifenförmige Anordnung kommt nur bei der rezidivierenden, nie bei der primären Roseola vor. In keinem der beobachteten Fälle handelte es sich um eine besonders schwere oder maligne Syphilis. *Götz-München*

Ein Fall von akquirierter Darmsyphilis, von T. Verebély. (*Orvosi-Hetilap.* 1901. No. 17.) Die vollkommene Unkenntnis des syphilitischen Krankheitserregers erklärt diese Ungewifsheit, mit welcher man noch heute in der Diagnostik der Syphilis hauptsächlich der visceralen Organe anzukämpfen hat. Der noch bis vor kurzem bestehenden Anschauung, dafs der Intestinaltraktus gegen die akquirierte Syphilis immun ist, steht die Ansicht von Neumann entgegen, der die Magen-Darmsyphilis bereits in irritative und produktive, akute und chronische Entzündungen als wohl umschriebene Krankheitsbilder einteilt. Wenn auch diese Ansicht nicht allgemeinen Anklang fand, so ist es doch zweifellos, dafs es im Magen und Darm syphilitische Veränderungen geben kann, ob zwar die über jeden Zweifel erhabenen Fälle sehr seltene in der Litteratur sind. Die 25jährige Patientin, eine Puella publica, die drei Jahre hindurch wegen Syphilis auf der Abteilung von Havas in Beobachtung stand, und nach Angabe desselben circa 200 Einreibungen wegen verschiedener syphilitischer Symptome durchmachte, nebst dem Merkuriol und Jodkalium. Das letzte Mal wegen Lues recidivans abermals eine Schmierkur, einige Tage nach Eintritt ins Hospital klagte Patientin über nicht lokalisierbare Leibschmerzen, zu welchen sich nach einigen Tagen Appetitlosigkeit und Diarrhoe hinzugesellte. Die Symptome steigerten sich stets bis kontinuierlichen kaum stillbaren Brechen und sehr heftigen Leibkoliken. Dabei war der Bauch nur mäfsig aufgetrieben, Fieber war keines vorhanden. Alle üblichen Mittel dagegen erwiesen sich machtlos, Patientin ging alsbald unter den Erscheinungen der allgemeinen Entkräftung zu Grunde. Havas machte die Diagnose auf Enteritis syphilitica, welches auch durch die Obduktion erwiesen wurde. Die Veränderungen im Darme waren nun folgende: Der Dünndarm war durch gewisse Veränderungen gewissermafsen in Abschnitte einteilbar, schwächere, dichtere verdickte Serosaflecken wechselten ab mit weiteren, weichen transparenten Flächen; im aufgeschnittenen Darme entsprachen den verengten Stellen scharfumschriebene rundliche Substanzverluste in der Mucosa, deren Durchschnittsbreite 6—8 cm war, mit ihren scharfen parallelen Rändern deutlich abstachen von den übrigen Partien der blassen Mucosa, deren Basis ganz flach, gleichmäfsig, blafs, aufgelockert, bindegewebig. Der Querschnitt zeigt, dafs der ganze Substanzverlust eigentlich eine blumenbeetähnliche, sich erhebende gleichmäfsige Infiltration ist, dessen tiefste ulcerative Stelle auch höher steht als die Fläche der Mucosa; es ist ersichtbar, dafs die charakteristische Schichtenbildung der Darmwandung aufgehört hat im Bereiche des Substanzverlustes, indem nach der Mucosa, die Submucosa, Muscularis und Subserosa in ein gleichmäfsiges, transparentes, nirgends käsiges oder knotiges Gewebe zusammenfliefst. Der Dickdarm und die Mesenterialdrüsen sind normal, im Dünndarme entsprechen die Ulcerationen den Stellen der Peyerschen Follikeln und haben eine Ausdehnung von beiläufig 3 m. Die Diagnose würde einerseits durch Ausschliefsen der tuberkulösen, typhösen, leukämischen und amyloiden Geschwüren, andererseits auf Basis der nach Riedel beschriebenen Eigenschaften auf Enteritis syphilitica ulcerosa gemacht. Die mikroskopische Untersuchung der Substanzverluste ergiebt eine alle Schichten des Darmes einnehmende hauptsächlich entzündliche Infiltration begleitet von endo- und perivaskulären Veränderungen der Gefäfse; von den veränderten Darmschichten bildet bald die Submucosa, bald die innere oder äufsere Schichte der Muscularis mit ihrem Infiltrate die Basis des Substanzverlustes. Was nun die Frage anbelangt, in welche Gruppe der syphilitischen Produkte diese Veränderungen zu reihen sind, ob es sich aber um einen irritativ entzündlichen oder produktiv degenerativen Prozefs handelt, finden sich in der Litteratur der Intestinalsyphilis zweierlei Pathogenesen angegeben; ein Teil der veröffentlichten Fälle ist rein gummöser Natur, wo der Ursprung des Geschwüres ein scharfumschriebenes also wahres Gumma, oder ein diffus ausgebreitetes gummöses

Infiltrat ist; bei dem anderen Teile der Fälle werden dieselben als diffus entzündliche Infiltrate aufgefafst, welche man wahrlich für irritativ-entzündliche Infiltrate papulösen Charakters halten kann. Im vorliegenden Falle ist die Annahme berechtigt, dafs es sich um eine Infiltration papulösen Charakters handelt, in Anbetracht dessen dafs die bindegewebige Infiltration von der entzündlichen Auswanderung in den Hintergrund gesetzt wird und in Anbetracht dessen, dafs statt des käsigen Zerfalles eine schichtenweise oberflächliche Nekrobiose vorhanden ist. *A. Alpár-Alexandria.*

Zwei Fälle seltener Lokalisation des syphilitischen Initialaffektes, von W. Reiss. (*Wien. med. Presse.* 1901. No. 31.) Unter Wiederholung des über extragenitale Infektion in der Litteratur bekannten, berichtet Verfasser zwei hierhergehörige Fälle. In dem einen wurde der Primäraffekt in der linken Axillarlinie, zwischen der fünften und sechsten Rippe gefunden; es handelte sich um einen sexual psychopathisch veranlagtes Individuum, das sich behufs Erzielung einer Erektion von der Puella an Arm oder Rumpf beifsen liefs. Der andere hatte sich an der Ohrmuschel mittelst eines Rasiermessers infiziert, das unmittelbar vor ihm sein mit florider Lues behafteter Kollege benutzt hatte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Primärer Schanker des Septum narium, von W. Freudenthal-New York. (*New York. med. Journ.* 11. Mai 1901.) Fr. zählt kurz die wenigen Fälle von primärem Schanker der Nase auf, welche er in der Litteratur veröffentlicht fand, und beschreibt dann einen selbst beobachteten Fall. Derselbe betraf einen 32jährigen Arzt, der vorher stets gesund war; nach einem Gefühl von Trockenheit in der Nase und nächtlicher Atemnot entwickelte sich an der rechten Seite der Nasenscheidewand eine „wunde Stelle", deren Diagnose verschiedenen Rhinologen Schwierigkeiten machte. Es entstand eine ganze Kette von Drüsenschwellungen an der rechten, später auch an der linken Halsseite, ebenso Schwellung der Submaxillardrüsen, auch das Geschwür mit seinen über der Schleimhaut erhabenen Rändern nahm die charakteristische Beschaffenheit an. Als Entstehungsursache stellte sich heraus, dafs der Arzt eine Patientin, welche sich später als syphilitisch erwies, per vaginam untersucht und mit der ungereinigten Hand seine Nase berührt hat; übrigens war er vorher schon mit einer Rhinitis sicca behaftet gewesen. Nach Anführung eines Falles, wo ohne vorgegangene Syphilis nur infolge von Rhinitis sicca eine Perforation der Nasenscheidenwand eingetreten ist, wirft Verfasser schliefslich die Frage auf, ob absolut eine Verletzung der Epithelschicht vorhanden sein mufs, ehe syphilitische Infektion Platz greifen kann? er glaubt, dafs dies nicht absolut der Fall sein mufs, während im Gegensatz hierzu bei Tuberkulose stets ein Locus minoris resistentiae, um die Entwickelung des infektiösen Virus zu begünstigen, vorhanden sein müsse. Zweifellos gebe es übrigens viel mehr Fälle, wo Ärzte auf ähnliche Weise, wie in dem beschriebenen, Syphilis akquirierten, es würden aus sehr einleuchtenden Gründen nur wenige veröffentlicht. *Stern-München.*

Extragenitale Syphilisinfektion an den Lippen, von Lieven-Aachen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 25.) Der Lippenschanker hat in der Regel gar keine Ähnlichkeit mit dem genitalen Schanker und variiert überdies in seinem Aussehen ganz aufserordentlich. In Anlehnung an die französischen Autoren nimmt der Verfasser drei klinische Formen von Lippensklerose an, die erosive, die Krusten- und die ulceröse Form. Der erosive Lippenschanker hat das unscheinbare Aussehen eines runden oder ovalen, fleischfarbig-roten Fleckes; er gleicht äufserlich der Verletzung, die bei Cigarettenrauchern entsteht, wenn ein an der Lippe haften gebliebenes Stückchen Cigarettenpapier gewaltsam unter Abreifsen eines Epithelfetzens entfernt wird. Die

Induration ist bei dieser Form sehr geringfügig, das indurierte Gewebe hat etwa die Dicke eines Stückes Pergament, weswegen Fournier diese Art Induration parcheminée nennt. Der Krustenschanker findet sich besonders in solchen Fällen, in denen der Primäraffekt auf die Haut übergreift; er wird oft thalergrofs und ist von einer mehr oder weniger dicken, tiefbraunen bis schwarzen Kruste bedeckt, die nicht selten aus mehreren Schichten besteht. Die ulceröse Form, die wohl meist einen vernachlässigten Folgezustand der beiden ersten Typen darstellt, ist dadurch charakterisiert, dafs die hier stark entwickelte Induration eitrig einschmilzt. Da das Ulcus auf Kosten des neugebildeten harten Gewebes entsteht und fast nie in das eigentliche Lippengewebe hineinragt, wird die Narbe ebenso wie bei den anderen Formen kaum sichtbar. — Die regionäre Drüsenschwellung beschränkt sich stets auf die im submentalen Dreieck gelegenen Drüsen. Die Lippe selbst ist meist nur leicht ödematös geschwollen, starke Verdickung der Lippe ist sehr selten. Bei der Stellung der Diagnose ist zu beachten, dafs auch bei nichtsyphilitischen Geschwüren durch Applikation von kaustischen Mitteln u. dergl. nicht selten eine indurative Reaktion des Geschwürsgrundes entsteht, die der spezifischen Induration täuschend ähnlich sein kann. Auch eine Infektion und Schwellung der regionären Lymphdrüsen kommt bei nichtsyphilitischen Prozessen an der Lippe vor. Differentialdiagnostisch kommt hauptsächlich der Herpes labialis in Betracht; doch ist eine Herpeseruption bei der Untersuchung mit der Lupe stets als solche zu erkennen, da sie nicht wie das Ulcus einen glatten Rand hat, sondern einen aus zahlreichen, winzigen Kreissegmenten gebildeten Saum besitzt; diese Kreissegmente sind aus geplatzten Herpesbläschen hervorgegangen. — Wegen der schweren Gefahr für die Umgebung mufs in den meisten Fällen von Lippensklerose sofort nach Stellung der Diagnose eine energische Allgemeinbehandlung eingeleitet werden.

Götz-München.

Bemerkungen über Leistendrüsenschwellungen namentlich in Bezug auf die Diagnose der primären Syphilis, von A. Cooper-London. (*Lancet.* 13. April 1901.) Verfasser weist auf den Wert des Nachweises von dem Vorhandensein oder Abwesenheit von Lymphdrüsenschwellungen schon vor einer etwaigen Infektion hin, sowie auf die Nützlichkeit einer selbst schematischen Aufzeichnung des Befundes. Aufser traumatischen Entzündungen der Drüsen führen Blennorrhoe, medikamentöse Reizung der Urethralschleimhaut, anhaltende Balanitis, atypischer Herpes und Tuberkulose zu Drüsenschwellungen. — Der Artikel enthält nichts wesentlich Neues.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Primäre syphilitische Pleuritis, von de Dominicis. (*Atti della R. Accademia Med.-Chir. di Napoli.* Jahrg. LV. No. 1.) Die spezifische Pleuritis stellt einen chronischen entzündlichen Zustand von sehr protrahiertem Verlaufe dar, welcher mit einer reichlichen Exsudation beginnt und sodann einen eminent hyperplastischen Charakter annimmt. Die Temperaturerhöhung ist weder bedeutend noch kontinuierlich. Der typische pleuritische Seitenstich ist nicht sehr ausgeprägt und es besteht eher ein dumpfer, diffuser Schmerz. Die Dauer erstreckt sich über mehrere Jahre. Die Kachexie ist eine progressive; sie nimmt aber nicht die schwere Form der Kachexie bei malignen Neubildungen an. Die Quecksilberbehandlung führt rasch zur Heilung, während sich jede andere Therapie als nutzlos erweist. *C. Müller-Genf.*

Bemerkungen über einen Fall von Pachydermia lymphangiectatica chronica des Penis und Hodens auf syphilitischer Basis, von R. Duhot. (*Ann. polici. centr.* 1901. pag. 107.) Im vorliegenden Falle handelte es sich um einen 19jährigen Kranken, bei dem drei Monate nach Akquirierung eines syphilitischen Schankers Glied und Skrotum, welche bis dahin absolut von normalen Verhältnissen gewesen waren,

sich in elephantiastischer Weise auszuwachsen begannen. Am Körper wies der Kranke ein rupiöses gummöses Syphilid auf. Die Lider waren verdickt, die Nasengegend geschwollen. Der Penis war von doppelter Größe und der Hodensack vom Umfange eines Kinderkopfes total hart und mit unzähligen kleinen Tumoren versehen. In der Umgebung zahlreiche Kondylome. Die Malignität der syphilitischen Symptome basierte auf Alkoholismus des Kranken. Die kleinen Erhebungen der verdickten Skrotalhaut, aus denen sich beim Einstich ein Tropfen seröse Flüssigkeit entleerte, stellten sich zum Teil als wahre Lymphangiome heraus. Als Pachydermie lymphangiectasique Kindfleisch ist dagegen der größte Teil der Skrotalhaut anzusprechen. Die Behandlung hat den Umfang des Hodens fast zur Norm zurückgebracht. Der Penis ist noch hart und die Phimose besteht noch. Die Mehrzahl der kleinen lymphangiektatischen Geschwülste besteht aber unverändert fort. Man muß also bei jeder Form elephantiastischen Wachstums an die Syphilis als ätiologischen Faktor denken.

Hopf-Dresden.

Ein Fall von akuter roter (gelber) Leberatrophie im Frühstadium der Lues, von Thurnwald. (*Wien. med. Wochenschr.* 1901. No. 29.) Der Icterus im Sekundärstadium der Syphilis ist bekannt. Über die Entstehungsweise desselben gehen die Ansichten auseinander. Von akuter gelber Leberatrophie in derselben sind 41 Fälle in der Litteratur zu finden, von denen nur fünf Männer betreffen. Verfasser berichtet einen Fall. Während einer Schmierkur trat Icterus auf. Allmählich gesellten sich Allgemeinerscheinungen, Benommenheit, Verkleinerung der Leber hinzu. Patient geht im Coma zu Grunde. Die Obduktion ergiebt Atrophia rubra hepatis, Nephritis parenchymatosa acuta, Degeneratio adiposa und Dilatatio cordis.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Ischias syphilitica und ihre Behandlung, von F. Mendel-Essen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 27.) Der Verfasser beschreibt drei Fälle von typischer Ischias, deren syphilitischer Ursprung nicht nur durch Anamnese und objektiven Befund — in einem Falle fand sich gleichzeitig ein Gumma ossis parietalis, im zweiten eine Periostitis tibiae syphilitica —, sondern auch durch den eklatanten Erfolg der spezifischen Therapie bewiesen wurde. In allen drei Fällen wurden intramuskuläre Injektionen von 1 g einer 10%igen Hydrarg. salicyl.-Paraffinemulsion in die Gegend des Foramen ischiadicum gemacht. Schon nach der ersten Injektion ließen die Schmerzen in allen drei Fällen bedeutend nach, nach 3—5 Einspritzungen waren sie verschwunden. Die überraschende Schnelligkeit der Wirkung findet nach der Ansicht des Verfassers dadurch ihre Erklärung, „daß die Applikation des Heilmittels direkt in loco morbi erfolgte und es hier sofort seine volle Wirkung entfalten konnte.“ — Im Anschluß an die beschriebenen Fälle nimmt der Verfasser Gelegenheit, die Injektionstherapie bei Syphilis zu empfehlen. Er verwendet ausschließlich die 10%ige Hydrarg. salicyl.-Paraffinemulsion und beginnt zumeist mit kleinen Dosen (1/8—1/2 Spritze), um allmählich bis zu einer ganzen Spritze = 0,1 Hg zu steigern; die Injektionen werden alle 3—4 Tage wiederholt. Unangenehme Nebenwirkungen sah der Verfasser sehr selten auftreten, die Gefahr der Embolie läßt sich bei genügender Vorsicht mit Sicherheit vermeiden. *Göts-München.*

Beitrag zur Ischias syphilitica und ihrer Behandlung, von A. Niewerth-Hildesheim. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 33.) Der Verfasser beobachtete bei einem Manne, der sich vor 9 Jahren luetisch infiziert hatte, eine heftige rechtsseitige Ischias, die durch feuchtwarme Umschläge und Verabreichung von Jodkalium nicht beeinflußt, durch ein Dampfbad sogar verschlimmert wurde. Dagegen bewirkte die Injektion von 1,0 der Hydrarg. salicyl.-Paraffinemulsion in die rechtsseitige Glu-

täalmuskulatur rasch eintretende, bedeutende Besserung, am vierten Tage nach der Injektion war der Kranke fast schmerzfrei. Weitere Injektionen brachten definitive Heilung. — Die durch das Dampfbad verursachte Verschlimmerung macht es wahrscheinlich, dafs es sich um einen akut entzündlichen Prozefs handelte.

Götz-München.

Die extrakraniell bedingten Augenstörungen bei Lues, von O. Schwarz-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 18 u. 19.) Kurze Beschreibung der verschiedenen, an den einzelnen Teilen des Auges vorkommenden, extrakraniell bedingten Manifestationen der Syphilis. Die Arbeit, die naturgemäfs aus zahlreichen Einzelheiten besteht, eignet sich nicht zum kurzen Referate. Erwähnt sei, dafs der Verfasser bei den eigentlich gummösen Prozessen, sowie bei Skleritis und bei Netzhaut-Aderhauterkrankungen, die wegen Bedrohung der zentralen Sehschärfe rasche Wirkung erheischen, wenigstens für die erste Zeit den Jodpräparaten den Vorzug giebt und zwar mit rascher Steigerung der Dosis, zuweilen bis zu 12 g pro die. Gewöhnlich giebt er Jodkalium und Jodnatrium zusammen oder, wenn wegen des Herzens besondere Vorsicht geboten ist, auch Jodnatrium allein. Der Jodkur folgt eine energische und meist wiederholte Quecksilberkur. *Götz-München.*

Ein Fall von Pericarditis und Mediastinitis syphilitica, von Hilmar Schünemann. (*Allg. med. Centralztg.* 1901. No. 51 u. 52.) Bei der Sektion eines 58jährigen Mannes, der nach mehrmonatlichem Krankenlager (Atem- und Herzbeschwerden, schwere allgemeine Zirkulationsstörungen) gestorben war, fand sich eine derbe, schwielige Tumormasse von durchscheinendem Aussehen und weifslicher Farbe, die das Mediastinum völlig ausfüllte und mit Herz und Herzbeutel untrennbar zusammenhing. Das Herz war total von der Tumormasse umwachsen, sie drang auch gegen das Muskelfleisch vor und hatte an einzelnen Stellen das Trabekelsystem bereits erreicht. Die mikroskopische Untersuchung des Herzmuskels und des Tumors ergab ausgedehnte Schwielenbildungen neben reichlichen, perivaskulär angeordneten, frischen Rundzelleninfiltrationen; die ältesten sklerotischen Herde, die nicht selten deutlich umschrieben waren, zeigten zum Teil schon zentrale Zerfallerscheinungen; die gröfseren Gefäfse befanden sich im Zustand der Endarteriitis obliterans. Die Untersuchung auf Bacillen fiel negativ aus. Mit Rücksicht auf den mikroskopischen Befund glaubt Verfasser dem seltenen Falle schwieliger Pericardio-Mediastinitis spezifisch luetischen Charakter zuschreiben zu dürfen. *A. Loewald-Cassel.*

Über syphilitische Endocarditis, von Breitmann. (*Wratsch.* 1901. No. 19.) Verfasser unterwirft die in der Litteratur beschriebenen Fälle von syphilitischer Endocarditis einer kritischen Beleuchtung und findet, dafs keiner derselben den unzweifelhaften Beweis erbracht hat, dafs die Endocarditis durch Syphilis hervorgebracht war. Demnach hält Verfasser das Vorkommen einer sekundär-syphilitischen Endocarditis verrucosa für noch nicht bewiesen. Aber auch hinsichtlich der Endocarditis im tertiären Stadium liegt keine Beobachtung vor, die uns in untrüglicher Weise eine primäre Endocarditis zeigt, immer handelt es sich um sekundäre Erscheinungen infolge syphilitischer Affektionen des Herzmuskels oder der grofsen Gefäfse. Unter solchen Umständen lassen sich keine bestimmten, der Endocarditis syphilitica eigentümlichen Symptome anführen. Hinsichtlich der Heilung gilt, dafs durch Jodnatrium oder Hg-Präparate zwar entschiedene Besserungen aber keine Ausheilung erzielt wird.

Arth. Jordan-Moskau.

Über die Heilbarkeit der obliterierenden Endarteriitis syphilitica in den letzten Stadien, von Cavazzani. (*Rif. med.* 1901. No. 18.) Es handelt sich um

jene klinischen Formen, welche mit trophischen Störungen in den unteren Extremitäten (rasches Ermüden, Atrophien, Cyanose, lancinierende Schmerzen, intermittierendes Hinken) einhergehen. Dieselben wurden bisher als sehr ernster Prognose betrachtet. Verfasser gelangte aber zur Überzeugung, daſs eine passende Behandlung — intensive spezifische Therapie — selbst in weit vorgeschrittenen Stadien sogar in kurzer Zeit zur Heilung führen könne. *C. Müller-Genf.*

Über die Syphilis der Venen des Gehirns und des Rückenmarks, von J. K. Proksch-Wien. (*Wien. ärztl. Centralztg.* 1901. No. 27.) Kurze litterarische Notiz, in welcher Verfasser auf die Bedeutung der bisher wenig gewürdigten Venensyphilis im Nervensystem hinweist, zwanzig hierher gehörige Fälle aus der Litteratur aufzählt und zu weiteren Untersuchungen auffordert. *A. Loewald-Cassel.*

Syphilitische Meningo-Myelitis; Erysipel; Genesung, von E. F. Trevelyan-Leeds. (*Brit. med. Journ.* 6. Juli 1901.) Eine 23jährige Frau, welche bereits wegen Syphilis in Behandlung war, bot nach vorherigen Schmerz- und Krampfzuständen der Beine sowie Gürtelgefühl ziemlich plötzlich eine vollständige Paraplegie dar; beide Beine waren fast total gelähmt bei aufgehobener Sensibilität, Decubitus der Sakralgegend, Incontinentia urinae et alvi. Ein syphilitischer Ausschlag wurde an der Brust konstatiert. Bald nach der Aufnahme acquirierte Patientin ein Gesichtserysipel, welches eine Woche resp. mit Rezidiv 14 Tage anhielt trotz zwei Injektionen von Antistreptokokkenserum. Unmittelbar nachher fing die Motilität an zurückzukehren, und etwa ein Vierteljahr nachher war Patientin bis auf eine andauernde Sphinkterenschwäche gesund. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Warum erscheint Hirnlues schwerer heilbar? von O. Ziemssen-Wiesbaden. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1901. No. 18.) Drei Gründe sind es hauptsächlich, welche den Mifserfolg bei Behandlung der Hirnlues herbeiführen. 1. Die Furcht vieler Ärzte, daſs das kurmäſsig genommene Hydrargyrum mit Vorliebe neuritische Leiden hervorruft. 2. Die Schwierigkeit der Diagnose im Anfangsstadium. 3. Der Verlauf des Heilungsprozesses selbst. Die Hauptbedingung für die Heilung der Hirnlues ist eine möglichst kräftig und möglichst lange durchgeführte mit gleichzeitigem Gebrauch von Jodkalium kombinierte merkurielle Inunktionskur unter gröfster Aufmerksamkeit des behandelnden Arztes und Krankenwärters, und zwar muſs dieselbe fortgesetzt oder wiederholt werden, so lange noch Symptome der Hirnlues bestehen. Bei kräftiger Behandlung ist die Prognose meist nicht so ungünstig, wie meistens angenommen wird und der Erfolg ist oft ein überraschender und befriedigender.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die klinische Entwickelung des circumscripten cerebralen Gummas, von Kerzer. (*Th. de Paris.* 1901. Nach *Journ. d. pratic.* 1901. No. 20.) Schilderung der klinischen Symptome des Gehirngummas ohne neue Gesichtspunkte.

Götz-München.

In der Sitzung des Vereins für innere Medizin in Berlin am 6. Mai 1901 (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 22) demonstriert Plien das Präparat einer **Tabes incipiens mit Myelomeningitis und Hirntumor.** Bei einer 40jährigen Patientin ohne anamnestische Anhaltspunkte für Lues war auf Grund von Pupillenstörungen, Fehlen der Patellarreflexe, Herabsetzung der Sensibilität, Verlangsamung der Schmerzempfindung, Andeutung von Romberg'schen Phänomen die Diagnose Tabes incipiens gestellt worden. Erbrechen und Schmerzen im Kopf und in den Beinen waren die hauptsächlichsten subjektiven Erscheinungen. Nach einiger Zeit heftige Schmerzen

im Ohr und im Kopfe, vermehrtes Erbrechen, Bewufstseinsstörungen, Lähmungserscheinungen, Pneumonie, Exitus. Dieser letztere Prozefs wurde als unabhängig von der Tabes angesehen; die Diagnose schwankte zwischen Meningitis und Tumor cerebri. Die Autopsie erwies graue Degeneration der Hinterstränge im Lendenmark, also beginnende Tabes. Aufserdem fand sich an der Dura des oberen Dorsalmarks ein graugelb gefärbter, höckeriger Herd von 2 cm Durchmesser, aus käsigen Massen bestehend; an einer anderen Stelle unweit davon zeigte die Dura eine Verdickung, auf dem Durchschnitt als graurötliches Gewebe von fester Konsistenz erkennbar. In der linken Hirnhemisphäre fand sich ein gröfserer Erweichungsherd. — Die mikroskopische Untersuchung steht noch aus. Den käsigen Prozefs an der Dura hält Pl. mit grofser Wahrscheinlichkeit, da nichts für Tuberkulose spricht, für gummöser Natur; bei den anderen Prozessen liegt wenigstens die Möglichkeit der Entstehung auf syphilitischer Basis vor. — Das gleichzeitige Vorkommen tertiär-syphilitischer Prozesse am Centralnervensystem und beginnender Tabes erscheint Pl. wertvoll zur Klärung der Frage von der ätiologischen Bedeutung der Lues für die Tabes. — In der Diskussion sprechen sich Paul Jacob und v. Leyden dagegen aus, aus einem Falle, wo sich Tabes mit Syphilis zusammenfindet, gleich weitgehende Schlüsse zu ziehen. Bei der ausgesprochenen Seltenheit frischer syphilitischer Prozesse bei Tabes sei es nicht angängig, aus einem einzigen Falle gleich einen Zusammenhang abzuleiten.

A. Loewald-Cassel.

Myelitis syphilitica, von Raymond. (*Journ. de Méd. et de Chir.* 1901. No. 11.) In einer klinischen Vorlesung stellte R. verschiedene derartige Fälle vor, welche von hystero-epileptischen Delirien, Tabes und Malum perforans pedis begleitet waren. Die Behandlung bestand in Injektionen von grauem Öl nebst innerlicher Darreichung von Jodkalium.

C. Müller-Genf.

Spastische Spinalparalyse syphilitischer Natur, von Bozzlo. (*La Clin. mod.* 1901. No. 14—15.) In einem klinischen Vortrage beschreibt Prof. Bozzola das Bild der spastischen Spinalparalyse, welche eine klinisch am meisten individualisierte Form darstellt, die sich auf syphilitischer Basis entwickelt.

C. Müller-Genf.

Nosologischer Beweis für die ursächliche Abhängigkeit der progressiven Paralyse der Irren von der Syphilis, von Muratow. (*Russ. Arch. f. Pathol. etc.* Juli 1901.) Zum Schlufs seiner interessanten Untersuchungen des Hirns und Rückenmarks sagt Verfasser folgendes:

1. Im Verlauf der Syphilis des Nervensystems kommen anatomische Veränderungen der Nerven und des Ependyms, wie auch der Hirnhäute vor, welche der progressiven Paralyse eigen sind.

2. Schnell vorübergehende, apoplektiforme Anfälle sind im Verlauf der Syphilis möglich. Sie hängen von parenchymatösen Veränderungen der Rindenzellen ab und zeichnen sich im Vergleich zu den syphilitischen Hemiplegien als Folge von Gefäfsveränderungen durch geringeren Bestand aus. Denselben Ursprung haben wahrscheinlich auch einige Fälle von lokaler (Jacksonscher) Epilepsie bei Syphilis.

3. Die vorübergehenden paralytischen Insulte der Syphilitiker können einen bedrohlichen Charakter haben, indem sie auf den Beginn einer diffusen parenchymatösen Gehirnerkrankung hinweisen.

4. Die Erscheinungen tertiärer Lues in Zusammenhang mit den klinischen und anatomischen Merkmalen der progressiven Paralyse sind der nosologische Beweis für die ursächliche Abhängigkeit derselben von erworbener oder ererbter syphilitischer Infetion.

Arth. Jordan-Moskau.

Syphilis des Nervensystems, von B. Onuf (Onufrowicz)-Brooklyn. (*New York med. Journ.* 11. Mai 1901.) Dieses in letzter Zeit fleifsig behandelte Thema findet auch hier eine wohl orientierende, übersichtliche Beschreibung. Von den allgemeinen Zeichen, welche auf die, oft so schwierige, Diagnose der Nervensyphilis führen können, sind aufser den, in jenem Stadium nur seltenen, Haut-, Schleimhauterscheinungen, Gumma des weichen Gaumens oder Perichondritis syphilitica des Larynx oder eine alte Narbe an diesen Teilen angeführt, ferner als sehr wichtig Augenaffektionen, wie eine frische Iritis plastica oder Adhäsionen der Iris oder Veränderungen im Augenhintergrund (Endarteritis, Hämorrhagien). Von Seite des Herzens (Tachycardie, Unregelmäfsigkeit der Aktion), der Gefäfse (abnorme Schlängelung, Verdickung) und der inneren Organe (Lunge, Leber) können ebenfalls charakteristische Veränderungen die Diagnose erleichtern. Was den allgemeinen Verlauf der Nervensyphilis betrifft, so kann auch hier die Unterscheidung in sekundäre und tertiäre Symptome gemacht werden. Die Haupttrias der ersteren sind Kopfschmerz, Schlaflosigkeit und Haarverlust, sie sind von relativ kurzer Dauer und Milde, können jedoch, wie ein angeführter Fall beweist, zu ausgedehnten Herdveränderungen in Gehirn und Rückenmark (Ataxie des rechten Oberschenkels, Verstärkung der Patellarreflexe) führen; relativ früh, $1^1/_2$—$1^3/_4$ Jahre nach dem Primäraffekt, traten in dem erwähnten Falle diese schweren Rückenmarksveränderungen auf, wichen aber prompt auf die spezifische Behandlung. Im allgemeinen erscheinen die schweren organischen Veränderungen von Gehirn und Rücken 10—20 Jahre nach dem Primäraffekt. Ein Charakteristikum der Syphilis und ganz speziell der Nervensyphilis ist, dafs sie nicht nur der Behandlung in hohem Mafse zugänglich ist, sondern auch oft ohne dieselbe zurückgeht; Fall von Hemiplegie, welche mehrere Monate gedauert hatte und nach ein bis zwei Tagen fast völlig unter dem Jodkalium zurückging. Nahe verwandt mit der hohen Reaktion auf die Therapie ist die grofse Veränderlichkeit des klinischen Bildes: ein Symptom verschwindet, ein neues kommt u. s. w. Die cerebrospinale Syphilis kann nun unter folgenden Formen vorkommen: 1. Meningitis, gewöhnlich basale; sehr frühzeitig kommen hier Erscheinungen der Gehirnnerven und zwar, gleichfalls im Gegensatz zu tuberkulöser Meningitis, meist einseitig und auf wenige Nerven beschränkt. 2. Tumor. 3. Multiple Herderkrankungen; im Gegensatz zur genuinen Herdsklerose sind Pupillenveränderungen und Neuritis optica häufig. 4. Hemiplegie, entweder rasch, wie eine Thrombose oder Embolie, oder langsam eintretend. 5. Diffuse Gehirnveränderungen, welche progressive Paralyse vortäuschen und oft schwer von dieser zu unterscheiden sind. Von Rückenmarkskrankheiten sind zu erwähnen weiterhin: 6. Pseudotabes oder syphilitische Tabes; im Gegensatz zu der typischen Tabes erfährt diese Krankheit u. a. bedeutende Besserung unter antisyphilitischer Behandlung, ferner ist die anatomische Basis nach Os. Ansicht eine spezifische Entzündung der Meningen, das Auftreten ist 2—3 Jahre nach der Primärinfektion, bei der lokomotorischen Ataxie 10—20 Jahre danach. 7. Spastische Paraplegie, eine besondere Form der vorgenannten Pseudotabes. 8. Poliomyelitis anterior. 9. Syringomelie. 10. Akute periphere Neuritis, deren Vorkommen bei Syphilis von den meisten Autoren aber negiert wird. Als spezielle Merkmale der Cerebro-spinal-Syphilis hebt Verfasser noch Lähmung einzelner Gehirnnerven, besonders der Augennerven, ferner Pupillenveränderungen, besonders die sehr enge (stecknadelkopfgrofse) Pupille hervor, von grofsem positiven Werte bei der Differentialdiagnose ist der Erfolg der spezifischen Behandlung, Mifserfolg spricht jedoch nicht durchaus gegen Syphilis. Was die Therapie betrifft, so sei aus den Ausführungen Onufs nur erwähnt, dafs man bis zu enorm hohen Dosen Jodkalium steigen kann und durch allmähliche Steigerung 500—600 Tropfen täglich ohne Nachteil er-

tragen werden, die Behandlung mufs häufig monatelang fortgesetzt werden, sollte aber zeitweise unterbrochen und durch tonische Mittel ersetzt werden, auch heifse oder Dampfbäder zur allgemeinen Anregung. *Stern-München.*

Über den Einfluſs der Behandlung syphiliskranker Mütter auf das Schicksal des Foetus, von G. Riehl. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1901. No. 26.) Verfasser hat syphilitische Gravide im Sekundärstadium mit allen Zeichen recenter Infektion in Behandlung genommen. Bekanntlich ist diese materne Syphilis für den Foetus sehr deletär. Vier der Fälle betreffen postkonzeptionelle Infektionen. Die Meinungen über den Einfluſs der antiluetischen Behandlung Schwangerer auf das Schicksal des Foetus gehen sehr auseinander, im ganzen scheint aber bisher der Nutzen ein sehr geringer zu sein. Verfasser hat nun eine lokale Behandlung des graviden Uterus mit Hydrargyrum versucht, ohne aber die Allgemeinbehandlung zu unterlassen. Es wurden Globuli vaginales, die 1,0 Ung. cin. und 1,0—2,0 Butyr. Cacao enthielten bis zur Portio in die Vagina eingeführt; derselbe wurde durch ein Tampon, getränkt mit Tanninglycerin, fixiert. Das wird täglich während der ganzen Gravidität wiederholt. Reizerscheinungen in der Vagina zeigten sich nie, äufsere Ekzeme nur bei Fehlen des Schutztampons. Das Ergebnis war ein sehr günstiges, da von 33 Graviden eine abortierte, drei Frühgeburten, 25 gesunde Kinder gebaren; zwei ausgetragene Kinder waren todt, zwei syphilitisch. Im ganzen betrug also die Gesamtmortalität 12%, die Gesamtmorbidität 21%. Allen sonstigen Erfahrungen und Statistiken gegenüber mufs dieses Resultat als ein glänzendes bezeichnet werden. Verfasser schiebt dieses günstige Resultat hauptsächlich auf die vaginale Hydrargyrumapplikation. Jedenfalls ist das Verfahren zur Nachprüfung nur auf das wärmste zu empfehlen.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Syphilis der Findlinge, von Pini. (*Boll. d. scienze med di Bologna.* Juli 1901.) Verfasser macht auf die grofse Mortalität durch Lues unter den Findelkindern aufmerksam. Der Prozentsatz der Syphilitiker unter diesen unglückseligen Geschöpfen beträgt nach einer von ihm konsultierten Stasistik 8—9%, die Fälle verlaufen aber meist sehr schwer. Er macht sodann eine Reihe von Vorschlägen, weniger im Hinblicke auf eine Abnahme in der Zahl der Erkrankungen, als auf die Erzielung eines günstigeren Verlaufs der Affektion. (Genaue Informationen durch den Arzt über die Anamnese etc., Behandlung der Mutter zu Hause, sanitarische Kontrolle der Findelhäuser, aus denen die Findlinge nicht vor dem dritten Monat nach dem Eintritt entlassen werden dürfen; Verdächtige müssen natürlich länger zurückbehalten werden etc.)
C. Müller-Genf.

Das Schicksal der hereditär-luetischen Kinder, von Karcher. (*Corr. f. Schw. Ärzte.* 1901. No. 16.) Von 31 im Laufe von 20 Jahren als geheilt entlassenen Fällen von Heredosyphilis konnten 16 wieder aufgefunden werden: sechs von denselben starben als kleine Kinder, vier erwiesen sich nach dem Pubertätsalter als völlig gesund; dasselbe gilt von einem anderen, der später als Arbeiter in einer Fabrik thätig war; fünf Kinder wurden später tuberkulös infiziert. Daraus schliefst Verfasser, dafs die Prognose der hereditären Lues keineswegs als so trostlos anzusehen ist, wie sie gewöhnlich erklärt wird. Ferner geht aus der Zusammenstellung des Verfassers die Thatsache hervor, dafs eine konsequent durchgeführte Schmierkur mit Ungt. cinereum auch für die hereditäre Lues kleiner Kinder günstige Resultate liefert und zwar nicht allein hinsichtlich des immediaten Erfolges sondern auch in Bezug auf die Späterfolge. *C. Müller-Genf.*

Ophthalmoskopische Stigmata der Heredosyphilis, von Antonelli-Paris. (*La Semana med.* 1901. No. 15.) Die Untersuchungen des Verfassers erstrecken sich

über 400 Fälle aus den Pariser Spitälern. Er kommt zu folgenden Schlüssen: Bei der direkten hereditären Lues sind die rudimentären ophthalmoskopischen Stigmata die Regel, während die schwereren Erscheinungen, wie Retinitis pigmentosa, Choroiditis atrophica etc. die Ausnahme bilden. Bei der atavischen Lues (Lues hereditaria indirecta oder secundaria, sind die rudimentären Augengrundstörungen selten, die schwereren fast niemals zu konstatieren. Zur Unterscheidung einer hereditären von einer atavischen Syphilis können die rudimentären ophthalmoskopischen Stigmata nicht ohne weiteres benutzt werden; diese bilden aber das konstanteste, sicherste Element zur Feststellung der Diagnose einer kongenitalen Lues, wenn ihre Konstatierung mit einer sorgfältigen allgemeinen und besonderen Untersuchung des Falles verbunden wird. *C. Müller-Genf.*

Mitralstenose und hereditäre Syphilis, von L. Bouveret. (*Lyon méd.* 1901. No. 20.) Der Verfasser konstatierte bei einem 18jährigen, hereditärsyphilitischen Mädchen, das weder Masern noch Scharlach noch Gelenkrheumatismus gehabt hatte, eine Mitralstenose. Wie in mehreren anderen, von verschiedenen Autoren mitgeteilten Fällen handelte es sich auch in diesem Falle nicht um ein zufälliges Zusammentreffen, sondern um eine durch die hereditäre Syphilis verursachte Mitralstenose. Die Zeit der Entstehung solcher hereditär-syphilitischer Herzfehler kann nicht genau präzisiert werden, jedenfalls entwickeln sie sich ganz unbemerkt, ohne daſs eine akute Endocarditis auftritt, möglicherweise sind sie auch angeboren. *Göts-München.*

Über Lues hereditaria tarda des Larynx im Kindesalter, von Röhr. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1901. No. 15.) In der Sitzung der laryngologischen Gesellschaft vom 26. Oktober 1900 stellt R. zwei Fälle obiger Bezeichnung vor, ein 13jähriges Mädchen und einen 12jährigen Knaben. Der erste Fall heilte unter antiluetischer Behandlung ziemlich schnell, während der zweite einen nur mäſsigen Besserungserfolg im Larynx, dagegen einen schnellen Heilungserfolg der gleichzeitigen Erkrankung der Nase zeigt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Im ärztlichen Verein München (Sitzung vom 17. April 1901; nach *Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 27) hielt Max Stern einen Vortrag über **Injektionskuren bei Syphilis.** Stern ist ein überzeugter Anhänger der Injektionstherapie bei Lues. Am meisten zu empfehlen sind nach seinen Erfahrungen die intramuskulären Injektionen von Sublimatkochsalzlösung (Sublimat 2,0 bei Männern, 1,0 bei Weibern; Aq. dest. 100,0, coque, adde Natr. chlor. 6,0 bezw. 3,0; coque, filtra). Diese Sublimatinjektionen wirken einerseits sehr energisch, andererseits sind sie relativ unschädlich und ungefährlich und deshalb den Injektionen unlöslicher Hg-Verbindungen entschieden vorzuziehen. Nur wenn deren Anwendung aus äuſseren Gründen unmöglich ist — sie müssen jeden zweiten Tag wiederholt werden —, kommen die Injektionen von Hydrargyrum salicylicum in Betracht. Recidive hat Stern nach Injektionskuren mit Sublimatlösung viel seltener gesehen, als nach Schmierkuren, Stomatitis trat nur in ganz vereinzelten Fällen auf, weitere Komplikationen, insbesondere Embolien kamen nicht zur Beobachtung. — In der sich anschlieſsenden Diskussion bekannte sich Kopp ebenfalls als Anhänger der Injektionstherapie; doch verwendet er fast ausschlieſslich Hydrargyrum salicylicum in Paraffin. liqu. als Emulsion (1 : 10). Die kurative Wirkung dieser in Zwischenräumen von acht Tagen zu wiederholenden Injektionen ist sehr befriedigend, unangenehme Nebenwirkungen treten fast gar nicht auf, die Gefahr der Embolien läſst sich bei genügender Vorsicht mit Sicherheit vermeiden. Barlow hat in zahlreichen Fällen Hg salicylic. und Hg thymol.-acet. injiziert. Bei Verwendung dieser beiden Hg-Salze sind nach seinen Erfahrungen wesentliche Gefahren und häufige

schädliche Nebenwirkungen nicht zu befürchten; besonders nach Hg salicyl.-Injektionen treten schädliche Nebenwirkungen sehr selten auf. Jooss fürt die Lungenembolien nach Hg salicyl.-Injektionen nicht auf das Quecksilbersalz, sondern auf die Suspensionsvehikel, das Paraffin. liquid. zurück. Er empfiehlt deshalb, um mit gröfserer Sicherheit Embolien zu vermeiden, folgende Komposition: Hydrarg. salicyl. 5,0; Glycerin q. s. ad suspensionem; Solut. aquos. Sublimati 1‰ ad 50,0. Ds. Alle 5—10 Tage ½ bis 1 Pravazsche Spritze zu injizieren. *Götz-München.*

Die Quecksilberfumigationen in heifser Luft bei der Behandlung der Syphilis, von Melazzo. (*Rif. med.* 1901. No. 51.) Diese Methode soll nach der Ansicht des Verfassers viel raschere und konstantere Resultate liefern als jede andere. Sie erweist sich als besonders nützlich bei graviden Syphilitikerinnen und ist absolut unschädlich. *C. Müller-Genf.*

Verschiedenes.

Familiäre Dermatophobie, von W. Dubreuilh und Maillard. (Bordeaux, Imprimerie du Midi, 1901.) Die Verfasser berichten über eine Familie, in der alle Mitglieder nacheinander von heftigem Hautjucken befallen wurden und an Skabies erkrankt zu sein glaubten. Die Krankheit nahm ihren Ausgang bei der Grofsmutter, die einen unbeschränkten Einfluſs auf ihre Angehörigen ausübte und sich und ihrer Familie die Überzeugung, angesteckt zu sein, suggerierte und dadurch das Juckgefühl wachhielt. Die Untersuchung ergab, daſs bei keinem der Leute Skabies oder sonst irgend eine anatomisch nachweisbare Hautaffektion vorlag. *Götz-München.*

Vorlesungen über die sozialen Aussichten der Dermatologie, von Malcolm Morris-London. (*New York med. Journ.* 14. Sept. 1901 u. ff.) Von diesen in San Francisco gehaltenen Vorträgen behandelt der erste in kürzen Zügen folgende Themata: Die Rolle der Dermatologie im allgemeinen, die Fortschritte derselben. Die Begründer der Dermatologie: Robert Willan, Thomas Batemann, Erasmus Wilson, die charakteristischen Züge der britischen, französischen (Alibert) und Wiener (Ferdin. Hebra) Schule werden skizziert, ebenso die Dermatologie in Amerika. Als Ursachen des gewaltigen Fortschrittes werden die Cellular-Pathologie und Bakteriologie bezeichnet, Flora und Fauna der Haut sind nun genauer erforscht. Der nervöse und konstitutionelle Faktor bei Hautkrankheiten, die Fortschritte in der Behandlung sind weitere kurze Kapitel. Der Einfluſs von Hautkrankheiten auf die sozialen Beziehungen eines Individuums bilden ebenfalls einen Gegenstand der Besprechung und sogar wird „eine gesunde Haut bei Präsidenten und Fürsten als Friedensgarantie“ des Näheren erläutert. Die künstliche Dekorierung der Haut (Tätowierung), Simulation von Hautkrankheiten (bei Soldaten) und der Zusammenhang zwischen Hautkrankheiten und Kolonisation bilden die Schlufsartikel dieser allgemein dermatologischen Betrachtung.

Der zweite der Vorträge (Ibidem, 24. Sept. 1901) bespricht die lokalen, überimpfbaren Krankheiten die tierischen Parasiten, Geschichte der Entdeckung des Acarus scabiei und der Krätze. Als historischer Fall wird angeführt, daſs der grofse Napoleon lange Jahre an Krätze gelitten haben soll; die Pediculosis und Zusammenhang der Unreinlichkeit mit religiösem Aberglauben, historische Fälle (Philipp II. von

Spanien) von Tod an „Morbus pedicularis“ werden angeführt: Dagegen sind die gegenwärtigen Fortschritte in der Reinlichkeit rühmend zu erwähnen, die sogar, wie M. glaubt, durch zu häufigen Gebrauch der Bürste Gefahren mit sich bringen können — bei sehr sensibler Haut Neigung zu Reizzuständen, Abhebung der schützenden Oberhaut und dadurch leichten Invasion von Seite der Mikroorganismen.

Der dritte der Vorträge (Ibidem, 28. Sept. 1901) beschäftigt sich mit den durch vegetabilische Parasiten verursachten Krankheiten, vor allem dem Ringworm. Aus den angeführten neuesten Untersuchungen Sabourauds und jenen die Morris selbst vornahm, ergibt sich, dafs wenigstens zwei verschiedene Arten von Pilzen, welche Ringworm verursachen, zu unterscheiden sind: der eine durch dünne, der andere durch relativ breite Sporen ausgezeichnet; beim ersteren sind die Sporen unregelmäfsig wie Mosaiksteine verstreut und zwischen ihnen ein Netzwerk von Mycelienfäden eingelagert, das Ganze eine Art Scheide um das ergriffene Haar bildend. Dieser Parasit ergreift hauptsächlich den behaarten Kopf; bei Kindern fast ausschliefslich; diese Affektion ist refraktär gegen Behandlung und unendlich lange dauernd. Der breitsporige Pilz (Trichophyton) besitzt regelmäfsigere Anordnung, ergreift den Körper (Tinea circinata), die Bartgegend (Sykosis), die Nägel (Onychomykosis) und gelegentlich den behaarten Kopf; diese Affektionen sind der Behandlung eher zugänglich. Es folgen nun Bemerkungen über die geographische Verteilung beider Arten von Hautleiden (in London und Edinburg gehören 90% aller Ringwormfälle dem schmalsporigen an, in Amerika ebenso, in Frankreich 60—65%); im Süden ist das Leiden beinahe unbekannt (Italien, Spanien), in Deutschland sehr selten. Über Indien, woher vielleicht die Krankheit importiert wurde, fehlen M. nähere Aufschlüsse. Eine längere Besprechung widmet er dem Kapitel: Ringworm und Erziehung; der einzig praktische Plan scheint demnach die Errichtung spezieller Schulen für die erkrankten Kinder zu sein, wie solche bereits in Paris im Anschlufs an das Spital St. Louis, in London, in Belgien und in Rom und in ein oder zwei anderen Städten Italiens (steht im Widerspruch mit erwähnter geographischer Verteilung! Ref.) bestehen. Eine weitere, durch einen vegetabilischen Parasit (Achorion Schönleini) verursachte Krankheit ist Favus; derselbe ist viel ernsterer Natur wie der Ringworm, in den angelsächsischen Ländern selten, in Frankreich ziemlich häufig, erfordert er zu seiner Unterdrückung strenge gesetzgeberische Mafsnahmen. M. ist überzeugt, dafs durch eine methodische Sanitätspolizei sowohl Favus wie Ringworm ausgerottet werden können.

Der vierte Vortrag (Ibidem, 5. Okt. 1901) umfafst die durch Bakterien verursachten Hautkrankheiten, welche nur lokale Folgen nach sich ziehen, es sind dies Impetigo, Furunkel, Karbunkel, Anthrax, Sykosis. Bezüglich letzterer wird vor allem Reinlichkeit in den Friseurräumen und -Utensilien gefordert und M. führt die notwendigen Vorschriften ausführlichst an. Vorzeitiges Ergrauen der Haare, Alopecia und Alopecia areata, Akne und die Impfausschläge folgen als weitere kurze Artikel und schliefslich werden noch die den Tropen eigentümlichen parasitären Hautaffektionen — Guineawurm, Chigoe (Sandfloh), Craw-craw, Elephantiasis Arabum, Tinea imbricata, Madurafufs, Aleppobeule, die Pintokrankheit — kurz besprochen.

Unter dem Titel „Überimpfbare Allgemeinerkrankungen“ werden in dem fünften Vortrage (Ibidem, 12. Okt. 1901) diejenigen Hautaffektionen besprochen, welche nicht nur lokal schwere Störungen verursachen, sondern auch den ganzen Organismus in letaler Weise bedrohen können. Dahin gehören vor allem die Tuberkulose der Haut, einschliefslich den Lupus vulgaris. M. bespricht die Arten der Übertragung desselben (durch direkte Überimpfung des Tuberkelbacillus bei jedenfalls nicht ganz intakter Haut und Schleimhaut, Übertragung des Lupus durch die Schutzpockenimpfung); obwohl der Lupus auf so verschiedenen Wegen übertragbar ist, so

ist er nicht direkt kontagiös. Von anderen tuberkulösen Hautaffektionen werden noch erwähnt die Tuberculosis verrucosa cutis, die tuberkulösen Hautgeschwüre, welche bei vorgerücktem Stadium der Lungenphthise vorkommen können; M. führt ferner an, daſs nicht selten tuberkulöse Infektion bei der rituellen Beschneidung vorkomme (durch einen tuberkulösen Operateur) — [was ebensowenig wie das Schreckgespenst der syphilitischen Infektion bei Einhaltung der vorgeschriebenen peinlichen Sauberkeit vorkommen kann! Ref.]. Skrophuloderma (skrophulöses Gumma oder kalter Abscels), Lichen scrophulosorum und akneiforme Tuberkulide rechnet M. noch zu den tuberkulösen Affektionen, während das Erythema induratum scrophulosorum, welches hauptsächlich an den Beinen sitzt und oft groſse Ähnlichkeit mit syphilitischen Gummiknoten habe, in seinem Charakter zweifelhaft sei; auch die vielventilierte Frage der Tuberkulide streift M. schlieſslich und hält zu deren Lösung noch weitere Forschungen für nötig.

Der sechste Vortrag (Ibidem, 19. Oktober 1901) ist der Behandlung des Lupus vulgaris, vor allem mit Finsens Methode, gewidmet. Verfasser hat sich im Institut Finsens in Kopenhagen selbst mit der Methode vertraut gemacht und hält sie jedenfalls für die gegenwärtig beste Behandlungsart des Lupus vulgaris, die jedoch den einen Nachteil eines allzu langen Zeitaufwandes habe; ausgedehntere Fälle erforderten ein Jahr und länger. Bezüglich der Möglichkeit der Rezidive drückt sich M. noch sehr reserviert aus. Die Vereinfachung des bekanntlich sehr komplizierten Apparates durch die französischen Ärzte Lortet und Genoud (neuerdings noch durch Bang-Kopenhagen! Ref.) ist sehr zu begrüſsen. Die Behandlung des Lupus mit Röntgenstrahlen hat ebenfalls sehr bemerkenswerte Resultate; vielleicht werden dieselben, so schlieſst M., durch die Kombination mit der Finsenschen Methode noch vollkommener.

Im siebenten Vortrag (Ibidem, 26. Okt. 1901) werden Syphilis und Lepra besprochen. Erstere möchte M. mit Moxon-London „als ein lange hinausgezogenes exanthematisches Fieber“ ansehen und begründet diese Annahme des Näheren. Die Hauterscheinungen, der polymorphe Charakter der syphilitischen Veränderungen überhaupt, die hereditäre Syphilis, die Ansteckungsarten, Diagnose, Behandlung, erschwerende Umstände (Alkohol- und Tabakmiſsbrauch), die Verhütung der Syphilis bilden die einzelnen kurzen Abschnitte dieses Themas; bezüglich der letzteren plädiert M. für möglichst weitgehende Aufklärung des Publikums und dazu bestimmten Zusammenschluſs aller Berufenen, wie kürzlich unter Fourniers Ägide in Paris eine solche Liga gegen die Syphilis gebildet wurde. Die Lepra sieht M. als eine noch weiter ausgedehnte fieberhafte Erkrankung an, deren Eruptionen von noch schrecklicherer Art sind als die der Syphilis. Es wird ein sehr langes Prodromalstadium und ein Entwickelungsstadium der Krankheit unterschieden. Die wichtigste Form ist die Haut-, ferner die anästhetische Lepra. Die geographische Verteilung, Zusammenhang zwischen Lepra und Kolonisation, die Lepra im Mittelalter sind in kurzen Zügen beschrieben. In Übereinstimmung mit der überwältigenden Mehrzahl der Forscher betont M. den kontagiösen Charakter der Lepra, polemisiert gegen Hutchinsons „Heresie“, der immer noch daran festhält, daſs das infektiöse Agens in der Nahrung, meist den Fischen, übertragen werde, und kommt folgerichtig zu dem Schlusse, daſs Isolierung der Leprakranken das einzige Mittel zur Ausrottung der Krankheit sei.

In der achten Vorlesung (Ibidem, 2. Nov. 1901) kommen die nervösen Störungen der Haut zur Besprechung, der Mechanismus, wie sie zu stande kommen, die Neurosen der Haut (Jucken und dessen Ursachen, Pruritus und dessen Folgen). Die letalen Verschiedenheiten des Hautjuckens und die Urticaria als Typus des angio-

neurotischen Prozesses werden weiterhin abgehandelt und schliefslich einige hysterische Erscheinungen an der Haut besprochen: Dermographismus, Stigmata, hysterisches Odem; im Anschluſs hieran wird ausführlich über einen historischen „der wunderbaren Heilung eines Brustkrebses“ bei einer Hysterischen aus dem Anfang des achtzehnten Jahrhunderts berichtet.

Die neunte Vorlesung (Ibidem, 9. Nov. 1901) bringt eine kurze Beschreibung über Simulation von Hautkrankheiten mit historischen Bemerkungen. Erythema mit dessen Abarten Erythema keratodes, E. multiforme, nodosum werden sodann beschrieben, auch der Lupus erythematosus hier eingereiht. Die Dermatitis herpetiformis, welche, wie das Erythema multiforme, durch die groſse Abwechselung der Hautveränderungen charakterisiert ist; wird als sehr ernstes Leiden angesehen, Pemphigus als eine milde Form der Dermatitis herpetiformis hingestellt, welch beide Hauterkrankungen wahrscheinlich „auf irgend einer inneren, durch das Nervensystem vermittelten, Ursache beruhen.“ Lichen, die wichtigste Art der „Dermatoses prurigineuses“ Brocqs, ferner der Lichen neuroticus Unnas (durch follikuläre, akuminierte Papeln mit ausgesprochenen Allgemeinsymptomen charakterisiert), die Hautneurosen im Zusammenhang mit physischen Störungen und der Herpes sind weitere Kapitel zu den nervösen Hautstörungen. Das groſse Gebiet des Ekzema findet zum Teile noch in diesem, zum Teile in dem letzten (zehnten) Vortrage (Ibidem, 16. Nov. 1901) die ihm zukommende Würdigung. Die parasitäre Theorie, wie sie in den Verhandlungen des letzten internationalen Kongresses für Dermatologie (Paris 1900) zum Ausdruck kam, ebenso wie die nervöse Ätiologie bespricht Morris ziemlich eingehend und faſst seine eigene Ansicht dahin zusammen, daſs das Ekzem in der Mehrzahl der Fälle durch gestörte Hautinnervation eine gewisse Prädisposition findet und daſs die auf diese Weise verminderte Resistenz der Invasion von Mikroorganismen den Weg öffnet. Das Ekzema selbst sieht er als einen Entzündungsprozeſs an, welcher in seinem allgemeinen Verlaufe eine ausgesprochene Analogie mit Arthritis habe: zuerst Hitze, Schwellung, Hautjucken, analog der Hitze, Schwellung und Spannung in den Gelenken, dann kommt ein exsudatives Stadium, analog der Ausschwitzung in das Gelenk u. s. f. Die weiteren Symptome des Ekzems, die lokalen Verschiedenheiten und diejenigen des Alters werden kurz beschrieben; in letzterer Beziehung wird Ekzem in der Kindheit, im Puerberium, beim Erwachsenen und in der Menopause unterschieden; bei letzterem Zustande erwies sich M. Ichthyol, in der Dosis von 0,15 g täglich zweimal (nach jeder Mahlzeit) gegeben und bis auf 0,6 g steigend, als bestes Mittel. Die Mykosis fungoides wird als eine stets tötliche Krankheit, deren Natur und Ursache jedoch noch unbekannt ist, beschrieben; die Psoriasis ist für M. zweifellos die als Lepra in der Bibel beschriebene Krankheit, die Schilddrüsenbehandlung der Psoriasis hält M. für wertlos und das allseitig anerkannte Chrysarobin für das wirksamste Mittel. Kurze Bemerkungen über die Pityriasis rubra, welche als häufigste Folge von Psoriasis, aber auch von Ekzema, Erythema multiforme und anderen Hauterkrankungen auftreten soll, und über maligne Hautaffektionen, wie das Xeroderma pigmentosum, die Acanthosis nigricans, bilden den Schluſs dieser Vorträge, welche einen sehr lesenswerten Überblick über die Dermatologie darbieten.

Stern-München.

Biopsie — die histologische Diagnose von Dermatosen und Hauttumoren zweifelhaften Charakters, von Darier-Paris. (*Med. News.* 26. Okt. 1901.) Biopsie, der von Besnier so glücklich gewählte Ausdruck, bedeutet die genaue Untersuchung von am Lebenden excidierten Hautstückchen oder Hautgeschwulstpartikeln, um zu einer sicheren Diagnose zu gelangen. Ausführlich begründet D. hier die Notwendigkeit dieses diagnostischen Hülfsmittels und beschreibt dann genau, in welcher Weise bei

dieser Probeexcision zu verfahren ist. Bei furchtsamen Patienten wird Äthylchlorid zur Lokalanästhesie angewandt, nachdem zuvor die betreffende Stelle mit Tinte markiert ist, subcutane Kokaininjektionen sind natürlich zu verwerfen (wegen des lokalen Odems), bei Ulcerationen und Schleimhauterosionen kann jedoch ein mit 10%iger Kokainlösung durchtränktes Wattebäuschchen aufgelegt werden. Als gutes lokales Hämostatikum bewährte sich D. ein feines Pulver von Juniperwolle, durch Hitze sterilisiert und mit Kreosotdämpfen imprägniert; als Verband genügt meist einfache Jodoformgaze mit Kollodium befestigt. Bezüglich der Indikation der Biopsie unterscheidet D. zwei Gruppen; zu der ersten, bei welcher die Indikation eine absolute ist, gehören Tumoren und Geschwüre zweifelhaften Charakters, welche die Tendenz haben, auf das Nachbargewebe überzugehen, z. B. Tumoren der Zunge, Lippen, des Gesichtes. An der Spitze der zweiten Gruppe, wo die Biopsie höchst erwünscht ist, stehen die Epitheliome, besonders jene mit Ulcerationen an Gesicht und Mundhöhle: Differentialdiagnose zwischen Epitheliom, tuberkulösem Ulcus, gummösem Syphilid, Schanker oder Zahngeschwür (? Refer.), zwischen oberflächlichem und gutartigem Epitheliom und Lupus vulgaris, Tuberculosis verrucosa oder Lupus erythematosus. Die zahlreichen Varietäten der Hauttuberkulose, die Unterscheidung zwischen Syphilis und Epitheliomen erfordern ferner meist die Biopsie und sollte man in letzterer Beziehung nicht auf den Erfolg der spezifischen (Quecksilber-) Kur warten. Lepra muß immer mehr bei zweifelhaften Fällen berücksichtigt werden, Sarkom und seine spezifischen Varietäten (Lympho-, Angio- und Fibrosarkom) können nur durch die mikroskopische Untersuchung genau diagnostiziert werden; ebenso ist dieselbe wichtig bei Mykosis fungoides (in den Frühstadien), bei Aktinomykosis, Rhinosklerom u. s. w. Kurz in der Biopsie finden wir ein leichtes und rasches Mittel, um eine Diagnose festzustellen und zu bekräftigen, welches aber — wie D. schließlich konstatiert — zu oft von manchen Ärzten vernachlässigt, von anderen sehr selten angewendet werde. Ratschläge bezüglich der histologischen Technik (Fixierung und Färbung) sind noch beigefügt. *Stern-München.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXXIV. No. 3. 1. Februar 1902.

Über die Ätiologie und Prophylaxe der merkuriellen Stomatitis und Proktitis.

Von

Dr. M. Bockhart-Wiesbaden.

Das chlorsaure Kali wurde bekanntlich zuerst von Böckh i. J. 1840 als Heilmittel bei Stomatitis empfohlen. Später galt das Gurgelwasser von chlorsaurem Kali Jahrzehnte lang für das beste Prophylaktikum gegen merkurielle Mundaffektionen, bis man sich endlich von seiner Wirkungslosigkeit überzeugt hatte. Schon einige Jahre bevor Miller[1] nachwies, dafs die gewöhnlich gebrauchte Lösung von chlorsaurem Kali nur eine ganz untergeordnete antiseptische Wirkung auf die Bakterien in der Mundhöhle besitzt, hatten viele Syphilidologen aufgehört, das chlorsaure Kali als Mundwasser gegen Stomatitis zu verordnen. Wahrscheinlich wäre es aus der Zahl der prophylaktischen Mittel gegen merkurielle Stomatitis ganz verschwunden, wenn nicht Unna[2] i. J. 1893 seinen richtigen Gebrauch gelehrt hätte. Unna zeigte, dass das chlorsaure Kali nur dann ein vorzügliches Prophylaktikum gegen merkurielle Mundaffektionen ist, wenn man es entweder in Substanz als Zahnpulver oder als 50%ige Zahnpaste gebraucht. Unna wies nach, dafs es, in dieser Form angewandt, nicht nur eine grofse antiseptische Kraft besitzt, sondern auch auf die Mundschleimhaut sekretionsbefördernd wirkt. Auf diese beiden Eigenschaften führte Unna den vortrefflichen Effekt dieses Mittels zurück.

Ich habe seit dem Jahre 1895 alle meine syphilitischen Patienten während der Merkurialbehandlung die Unnasche Kali chloricum-Zahnpaste gebrauchen lassen. Ich will hier mitteilen, auf welche Weise ich diese Zahnpaste anwenden liess und welche Resultate ich mit ihr erzielte.

---

[1] Miller, Die Mikroorganismen der Mundhöhle. 2. Aufl. 1892.

[2] Unna, Mundpflege und Kalium chloricum. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1893. Bd. XVII.

Die richtige Anwendung der UNNAschen Zahnpaste beruht gewissermassen auf der zuerst von UNNA[3] und dann von BOENNECKEN[4] ausgesprochenen Theorie von der konstanten Mitwirkung der Spaltpilze bei der Entstehung der merkuriellen Stomatitis. Man darf demnach, will man Stomatitis wirklich verhüten, nicht bloss die Zähne mit dieser Paste reinigen lassen, sondern man muss die Zahnpaste auch in Kontakt bringen mit allen den Schlupfwinkeln, in denen die Bakterien der Mundhöhle sich hauptsächlich aufhalten. Diese Stellen sind bekanntlich, abgesehen von kariösen Zähnen, die Umgebung solcher Weisheitszähne des Unterkiefers, die noch nicht vollständig durchgebrochen sind, oder deren Kaufläche von einem Zahnfleischwulst bedeckt ist, und ferner der enge Raum zwischen dem Zahnfleischrand und den Zähnen, besonders an den unteren Schneide- und Eckzähnen. Bei Kindern und bei Leuten mit sehr gutem Gebifs liegt der Rand des Zahnfleisches so fest an, dafs man hier von einem Raum zwischen Zahnfleischrand und Zähnen nicht sprechen kann. Aber bei der sehr grofsen Anzahl von Erwachsenen, die an Zahnstein und Gingivitis marginalis oder an leichter chronischer Gingivitis leiden, besteht zwischen Zahnfleischrand und Zähnen ein Spalt, der manchmal grofs genug ist, um die Einführung einer sehr feinen Sonde zu gestatten. In diesem Spalt und in der Umgebung jener Weisheitszähne kann man auch bei sonst gesunden Leuten, die ihre Zähne regelmäfsig reinigen, eine grofse Menge von Bakterien finden. Man mufs also die Patienten anweisen, mit der UNNAschen Zahnpaste nicht nur die Zähne zu bürsten, sondern auch das Zahnfleisch, und zwar die labiale wie die linguale Fläche desselben, und insbesondere den Zahnfleischrand und die Umgebung der unteren Weisheitszähne. Man kann das Zahnfleisch natürlich nicht mit einer harten Bürste bearbeiten; ich empfehle deshalb diesen Patienten den Gebrauch der Zahnbürsten von Dachshaaren. Mit diesen weichen Zahnbürsten können sie auch in den feinen Spalt zwischen Zahnfleischrand und Zähnen soviel Zahnpaste bringen, als zur Desinfektion dieser Stelle nötig ist. Manchmal lasse ich die Paste auch mit einem nicht zu weichen Pinsel in diesen Spalt und in die Umgebung der unteren Weiheitszähne hineinbringen. Ich weise die Patienten an, drei- oder viermal täglich die UNNAsche Zahnpaste auf diese Weise zu gebrauchen und zwar gleich vom Beginne der Merkurialbehandlung an, oder, was noch viel besser ist, schon einige Wochen vorher. Neben der Zahnpaste können die Patienten ein wohlschmeckendes adstringierendes Mundwasser gebrauchen.

---

[3] l. c.

[4] BOENNECKEN, Über Stomatitis und deren Behandlung. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1894. S. 40. — BOENNECKEN sagt hier: Zur Erklärung des Symptomkomplexes einer akuten Stomatitis sind stets drei Momente in Betracht zu ziehen: 1. prädisponierende Ursachen, 2. lokale Reize, 3. Pilze.

Auf diese Weise habe ich die UNNAsche Zahnpaste bei mehr als 2000 Syphilitikern als Prophylaktikum gegen merkurielle Stomatitis angewandt und zwar mit so ausgezeichnetem Erfolge, dass ich nicht anstehe, diese Paste als das Mittel κατ' ἐξοχήν zur Verhütung merkurieller Mundaffektionen zu betrachten. Ich habe nämlich gefunden, dafs von allen meinen Kranken, die sich der UNNAschen Zahnpaste wirklich in der vorgeschriebenen Weise bedienten, niemand an einer lästigen Form von Gingivitis mercurialis zu leiden hatte, aufser den wenigen Patienten, die eine Idiosynkrasie gegen Merkur besafsen. Nur bei diesen letzteren Patienten, die schon nach wenigen Einreibungen oder Injektionen ein heftiges Merkurialerythem und starken Speichelflufs bekamen, stellte sich auch heftige, meist ulceröse Merkurialstomatitis ein. Ich habe jedoch beobachtet, dafs bei diesen Patienten dem Auftreten der Stomatitis immer intensiver Zahnschmerz vorausging, der sich bei jeder Berührung der Zähne und des Zahnfleisches mit dem Zahnbürstchen steigerte. Daher mufsten diese Kranken sogleich den Gebrauch der Zahnpaste ganz unterlassen, konnten also von den Vorteilen dieses Mittel keinen Nutzen haben. Alle übrigen Patienten aber litten entweder gar nicht an Stomatitis — und das waren die allermeisten — oder sie bekamen nur eine ganz unbedeutende merkurielle Gingivitis marginalis, die sie selbst meistens nicht bemerkten, durch die sie jedenfalls in keiner Weise beim Kauen der Speisen belästigt wurden. Diese harmlose Gingivitis war in der Regel beschränkt auf die Zahnfleischpyramiden, die ein wenig cyanotisch und geschwollen waren.

Zu allgemeiner Stomatitis oder Gingivitis merkurialis kam es bei diesen Patienten nicht. Der prophylaktische Effekt der UNNAschen Zahnpaste war also unvergleichlich viel gröfser wie der irgend einer anderen Mafsregel zur Verhütung der merkuriellen Stomatitis.

Ich habe bemerkt, dafs viele Ärzte die UNNAsche Zahnpaste erst dann verordnen, wenn die Patienten bereits an allgemeiner Stomatitis leiden. In diesem Falle ist der Nutzen der UNNAschen Zahnpaste gering, weil die Kranken wegen der Schmerzhaftigkeit des stark entzündeten Zahnfleisches nicht mehr im stande sind, die Paste in der richtigen Weise zu gebrauchen. Für solche Kranke scheint mir das Wasserstoffsuperoxyd das bessere Mittel zu sein. Dieses ist jedoch kein so gutes Prophylaktikum, wie die UNNAsche Zahnpaste, weil es auf die Schleimhaut der Mundhöhle nicht sekretionsbefördernd wirkt. Der grofse Wert der UNNAschen Zahnpaste beruht eben hauptsächlich auf ihrer vorzüglichen prophylaktischen Wirkung. Ich habe auch bemerkt, dafs man die meisten Patienten über den richtigen Gebrauch der UNNAschen Zahnpaste genau und ausführlich belehren mufs, da sonst sehr viele, auch gebildete Patienten bei der Anwendung dieses Mittels recht ungeschickt verfahren. Häufig erklärte ich den Patienten

den Zweck der Anwendung dieser Paste (= Antisepsis der Mundhöhle); dann verstehen sie auch besser mit diesem Mittel umzugehen.

Ich kann die Behauptung UNNAs, dafs die Kalium chloricum Zahnpaste sekretionsbefördernd und antiseptisch wirke, durchaus bestätigen. Nicht allein mit Rücksicht auf den Erfolg, den ich mit ihr erzielt habe, sondern auch durch das Resultat eines kleinen Experimentes. Ich untersuchte ein Zahnbürstchen, das ein Patient zwei Wochen lang behufs Anwendung der UNNAschen Zahnpaste gebraucht hatte, auf seinen Gehalt an Bakterien. Ich brachte 24 Haare des Bürstchens auf 3 Platten von Nährgelatine. Auf den Platten entwickelten sich dann neben den Haaren spärliche Kolonieen eines schraubenförmigen Bakteriums, die bald zu Grunde gingen, da sie auf der Nährgelatine nicht gediehen und ferner einige wenige Kolonieen eines grofsen, nicht pathogenen Diplokokkus, dessen genaue Bestimmung nicht versucht wurde. Die antiseptische Kraft der UNNAschen Zahnpaste zeigte sich hier eklatant. Sie zeigte sich noch auffälliger gegenüber dem Resultate des folgenden Experimentes: Aus einem anderen Zahnbürstchen, das 8 Tage lang zum Reinigen der Zähne mit einem Zahnpulver von präzipitiertem kohlensaurem Kalk gebraucht worden war, wurden ebenfalls 24 Haare ausgezogen und auf 3 Platten von Nährgelatine verteilt. Hier entwickelte sich neben den Haaren eine ungeheure Menge von Bakterienkolonieen. Interressant war es, dafs sich darunter viele Kolonieen des Staphylokokkus pyogenes aureus und einige des Streptokokkus pyogenes befanden. Bekanntlich findet man diese beiden Kokkenarten nicht selten im menschlichen Munde. Die starke sekretionsbefördernde Wirkung der UNNAschen Zahnpaste kann jeder, der sie benutzt, leicht an sich selbst feststellen.

Seitdem ich meine Patienten die UNNAsche Zahnpaste als Prophylaktikum gegen Stomatitis gebrauchen lasse, habe ich noch eine andere, wie mir scheint, nicht unwichtige Beobachtung gemacht. Nämlich, seitdem sehe ich so gut wie nie mehr Proktitis merkurialis, obgleich viele meiner Patienten wegen schwerer tertiärer Syphilis starke Merkurialkuren durchmachen. Ich habe diese unangenehme Nebenwirkung des Merkurs in 7 Jahren nur noch zweimal gesehen und zwar bei zwei Patienten, die eine Idiosynkrasie gegen Merkur besafsen, und die aus dem vorher erwähnten Grunde die Paste überhaupt nicht gebrauchen konnten. Ich mufs nach meinen Erfahrungen geradezu behaupten, dafs die UNNAsche Zahnpaste indirekt auch ein Prophylaktikum gegen Proktitis mercurialis ist. Der Grund hierfür scheint mir folgendes zu sein: Nur solche Patienten erkranken an Proktitis mercurialis, die auch an Stomatitis mercurialis leiden und zwar geht bei ihnen die Stomatitis immer der Entstehung der Proktitis voraus. Wenigstens habe ich das stets so beobachtet. Ich will keineswegs behaupten, dafs das Verhältnis zwischen diesen beiden Merkurial-

affektionen immer so sei; es sind ja in der Tat genug Fälle von Quecksilbervergiftung bekannt geworden, in denen schwere merkurielle Proktitis ohne vorausgegangene Stomatitis eintrat und aufserdem gestatten die physiologischen Verhältnisse im Dickdarm unbedingt das selbständige Auftreten von Proktitis mercurialis. Aber bei der Behandlung Syphilitischer mit den heutzutage üblichen mäfsigen Dosen von Merkurialpräparaten tritt, wie ich glaube, die ohnehin seltene Proktitis mercurialis nur im Anschlufs an Stomatitis auf. Im Dickdarm nun gehen, wie UNNA[5] zuerst gezeigt hat, unter Mitwirkung von reduzierend wirkenden Organismen dieselben Reduktionsprozesse vor sich wie in der Mundhöhle. Der an Stomatitis leidende Kranke verschluckt fortwährend eine ungeheure Anzahl solcher reduzierend wirkender Mikroorganismen. Von diesen gelangt sicher eine grofse Anzahl in den Dickdarm, wo sie die Zahl der dort schon reichlich vorhandenen Bakterien vermehren. Denn die desinfizierende Kraft des Magens dieser appetitlosen Kranken ist keineswegs unbegrenzt und gewifs häufig gering.[6] Das Quecksilber aber, selbst ein Reduktionsmittel und innerhalb der Gewebe (Zahnfleisch, Dickdarmschleimhaut) und aufserhalb derselben (faulende Substanzen, Kot), thätig, steigert die Intensität dieser Reduktionsprozesse und begünstigt dadurch die Tätigkeit und Vermehrung der ebenfalls reduzierend wirkenden Bakterien. Diese, unter günstigere Lebensbedingungen versetzt, befinden sich einem geschwächten Gewebe gegenüber, in das sie eindringen und in dem sie Entzündung und öfters auch — durch ihre Toxine — Nekrose hervorrufen können. Von einer antiseptischen Wirkung des Quecksilbers kann hier natürlich nicht die Rede sein. Diese, von UNNA[7] zuerst aufgestellte, und bisher, soviel ich weifs, kaum beachtete Theorie von der Entstehung der Stomatitis und Proktitis mercurialis, auf die ich schon hier zum besseren Verständnis meiner Ausführungen mit ein paar Worten eingehen mufste, hat offenbar die gröfste Wahrscheinlichkeit für sich und erklärt auch am besten die antiseptische Eigenschaft des chlorsauren Kalis und seine prophylaktische Wirkung gegen Stomatitis. Diese Wirkung beruht nämlich auf dem schon im Jahre 1873 von BINZ[8] demonstrierten energischen Oxydationsvermögen des chlorsauren Kalis gegenüber organischen und faulenden Körpern. Wenn wir also einem Patienten die Kalium chloricum Paste als Prophylaktikum gegen Stomatitis geben, paralysieren wir durch dieses stark oxydierend wirkende Mittel den deletären Einfluſs des Merkurs auf die Gewebe in der Mundhöhle, indem wir die durch das Quecksilber verbesserten Lebens-

---

[5] UNNA, Ichthyol und Resorcin. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1886. Ergänzungsheft II. Anhang.
[6] KREHL, Grundrifs der allgem. klin. Pathologie. 1893.
[7] UNNA, Ichthyol und Resorcin.
[8] BINZ, Vorlesungen über Pharmakologie. 1886.

bedingungen der Bakterien durch den Sauerstoff des chlorsauren Kaliums wieder verschlechtern. Die merkurielle Proktitis verhüten wir durch die Kalium chloricum Zahnpaste indirekt, indem wir die Patienten verhindern, während der Merkurialkur eine grofse Menge von Mikroorganismen zu verschlucken.

Die Kalium chloricum Zahnpaste gehört zu den von UNNA in die Therapie eingeführten Heilmitteln, für die wir ihrem Erfinder sehr dankbar sein müssen. Sie ist das einzige Vorbeugungsmittel gegen merkurielle Stomatitis, das, wie wir gleich noch eingehender betrachten werden, zwei ganz verschiedenartige Eigenschaften in sich vereint, die gerade alle beide zur Erzielung des höchsten prophylaktischen Effektes notwendig sind.

Wenn wir die Wirkungsweise der Kalium chloricum-Zahnpaste analysieren, gelangen wir zu einer befriedigenden Theorie über die Entstehung der Stomatitis mercurialis. Der Effekt dieser Paste beruht auf ihren beiden Eigenschaften, oxydierend und sekretionsbefördernd zu wirken. Die oxydierende Wirkung mufs zerlegt werden erstens in die Wirkung gegenüber den Mikroorganismen und den durch diese verursachten Reduktionsprozesse im Munde und zweitens in die Wirkung gegenüber dem reduzierenden Quecksilber. Die Wirkung der UNNAschen Zahnpaste gegenüber den Mikroorganismen und den Reduktionsprozessen bezeichnen wir auch als ihre antiseptische Eigenschaft. Aus dieser ihrer antiseptischen Wirkung folgern wir die Richtigkeit der UNNAschen und BOENNECKENschen Theorie von der parasitären Natur der merkuriellen Stomatitis: denn nach Ausschaltung der Bakterien durch den Einfluſs des chlorsauren Kalis tritt eben keine Stomatitis auf. Früher hielt man vielfach das im Speichel befindliche Quecksilber für die direkte Ursache der Stomatitis. Ich habe dieselbe Anschauung früher in Beziehung auf das Merkurialgeschwür vertreten,[9] habe jedoch die Entstehung der Merkurialgeschwüre auch auf die Mitwirkung der Bakterien zurückgeführt. Später hat LANZ[10] gezeigt, daſs das Quecksilber allein für sich nicht die direkte Ursache der Stomatitis sein kann. Jetzt dürfte die Theorie von der parasitären Natur der Stomatitis wohl allgemein angenommen sein.

Aus der oxydierenden Wirkung der Kalium chloricum-Paste schliessen wir ferner auf die Richtigkeit von UNNAs Anschauung, daſs die Steigerung der Reduktionsprozesse im Mund (und im Dickdarm) durch das Quecksilber die notwendige Bedingung zur Entstehung der bakteriellen Entzündung

---

[9] BOCKHART, Zur Ätiologie und Behandlung der ulcerösen Merkurialstomatitis. *Monatsh. f. prakt. Derm.* IV. Bd. 1885.

[10] LANZ, Klinische und experimentelle Beiträge zur Pathogenese der merkuriellen Stomatitis und Salivation. 1897.

sei. Das nicht genügend oxydierte Quecksilber muſs innerhalb und auſserhalb der Gewebe reduzierend wirken und so die schon vorhandenen Reduktionsprozesse vermehren. Dadurch werden die Lebensbedingungen der Bakterien verbessert. Eine andere Erklärung für die Wirkungsweise des Quecksilbers und seinen Anteil an der Enstehung der merkuriellen Stomatitis (und Proktitis) dürfte wohl nicht möglich sein. Wenn sie richtig ist, dann muſs jedenfalls eine Substanz von energischem Oxydationsvermögen im stande sein, diesen schädlichen Einfluſs des Quecksilbers aufzuheben. Das geschieht nun thatsächlich durch die oxydierende Wirkung der Kalium chloricum-Paste.

Die sekretionsbefördernde Eigenschaft der Unnaschen Zahnpaste ist im Vorhergehenden nur beiläufig erwähnt worden. Sie ist zur Erreichung einer vollkommenen Prophylaxe gegen Stomatitis von groſsem Werte. Unna führt denn auch einen Teil des Effektes seiner Paste auf diese ihre Eigenschaft zurück. Jeder, der diese Paste gebraucht, wird leicht feststellen können, daſs sie eine starke Absonderung aus den Schleimdrüsen des Mundes hervorruft, sobald sie die Schleimhaut der Wangen und Lippen berührt. Diese Absonderung hält noch stundenlang nach dem Gebrauch der Paste an. Dadurch entsteht im Munde ein angenehmes Gefühl der Erfrischung. Nun wissen wir einerseits, daſs bei schweren, fieberhaften Krankheiten, z. B. bei Typhus, wenn die Sekretion der Schleimdrüsen des Mundes geringer wird oder aufhört, leicht Stomatitis entsteht. Andererseits wissen wir aus den bekannten Untersuchungen der Gynäkologen Krönig[11] und Menge[12], daſs der Schleim der Vagina bactericid wirkt und daſs die Vagina im stande ist, sich selbst durch ihr Sekret, von eingeführten pathogenen Mikroorganismen zu reinigen, zu befreien. Wir müssen, glaube ich, dem Sekrete der Mundhöhle, dem Mundschleim, dieselbe Eigenschaft zuschreiben wie dem Vaginalschleim. Wenn wir also durch die Unnasche Zahnpaste die Sekretion der Schleimdrüsen des Mundes befördern, unterstützen wir den Organismus in seiner Selbstverteidigung gegen die Mikroorganismen und tragen so zur Selbstreinigung des Mundes bei. Dies ist auch der Grund, warum die Unnasche Zahnpaste dem Wasserstoffsuperoxyd als Prophylaktikum überlegen ist. Das Wasserstoffsuperoxyd wirkt zwar energisch oxydierend, aber es wirkt nicht sekretionsbefördernd auf die Schleimdrüsen des Mundes. Die Unnasche Zahnpaste wirkt auch auf die Speicheldrüsen sekretionsbefördernd. Ob die reichlichere Absonderung von Speichel zur Wirkung der Paste beiträgt, ist ungewiſs. Die bakterienfeindliche Eigenschaft des Speichels ist strittig.

---

[11] Krönig, Über das bakterienfeindliche Verhalten des Scheidensekretes Schwangerer. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1894.

[12] Menge, Über ein bakterienfeindliches Verhalten der Scheidensekrete Nicht-Schwangerer. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1894.

Auf Grund dieser Erfahrungen und Betrachtungen über die Wirkung der Kalium chloricum Paste kommen wir zu folgender Vorstellung von der Ätiologie der Stomatitis und Proktitis mercurialis. Die Stomatitis und Proktitis mercurialis sind bakterielle Entzündungen. Sie entstehen folgendermafsen: Im Munde und im Dickdarm werden die immer hier stattfindenden Reduktionsprozesse durch den Einflufs des reduzierend wirkenden Quecksilbers gesteigert. Das Quecksilber wirkt aufserhalb der Gewebe und innerhalb derselben reduzierend. Durch seine reduzierende Wirkung innerhalb der Gewebe schädigt und schwächt es diese. Durch seine reduzierende Wirkung aufserhalb der Gewebe verschafft es den immer im Munde und im Dickdarm vorhandenen Mikroorganismen günstigere Lebensbedingungen. Die Mundsekrete, das natürliche Schutzmittel des Organismus gegen die Mikroorganismen in der Mundhöhle, sind nun nicht mehr im stande, die Selbstreinigung der Mundhöhle, zu bewirken. Die lebhafter sich vermehrenden Mikroorganismen können jetzt in das geschwächte, weniger widerstandsfähig gewordene Gewebe eindringen und hier Entzündung hervorrufen.

Welche Mikroorganismen die Erreger der merkuriellen Stomatitis und Proktitis sind, und ob es nur eine Bakterienart ist, die so wirkt oder ob hier eine Mischinfektion vorliegt, das mufs noch durch experimentelle und histologische Untersuchungen festgestellt werden. Bis jetzt besitzen wir über diese Frage nur eine experimentelle Untersuchung, die von KATSURA.[18] Diese bezieht sich auf den Kaninchendarm. KATSURA untersuchte zuerst die Darmbakterien gesunder Kaninchen. Dann vergiftete er Kaninchen mit Sublimat und fand, dafs in den Abschnitten des Darms, in denen die merkurielle Darmentzündung sich entwickelte, ein auch im gesunden Darm konstant vorhandener Bacillus sich ungeheuer vermehrt hatte. Er vermutet, dafs es das Bacterium coli commune war. KATSURA meint allerdings, dieser Bacillus könne nicht die Ursache der Darmentzündung gewesen sein, da Reinkulturen desselben Bacillus, in den Darm gesunder Kaninchen eingespritzt, keine Darmentzündung hervorriefen. Dieser Schlufs KATSURAS ist jedoch, wie der Leser leicht einsehen wird, nicht richtig. Hätte KATSURA UNNAS Untersuchungen über die reduzierende Wirkung des Quecksilbers gekannt, dann wäre er wohl zu einer anderen Schlufsfolgerung gelangt. Wenn wir Reinkulturen der Bakterien besäfsen, die die Erreger der Stomatitis sind, und würden sie in die Mundhöhle

[18] KATSURA. Über den Einflufs der Quecksilbervergiftung auf die Darmbakterien. *Centralbl. f. Bakteriol.* 28. Bd. No. 12/13. 1900.

eines gesunden, nicht mit Quecksilber behandelten Individuums bringen, dann würde dieses Individuum sicher keine Stomatitis bekommen. Ohne die durch das Quecksilber geschaffene Disposition können die Bakterien der Mundhöhle keine Stomatitis machen. Ebenso verhält es sich mit den Darmbakterien.

CHARRIN[14] hat Recht, wenn er von der merkuriellen Mundentzündung und von einigen anderen Stomatitisformen sagt: Considérées en elles-mêmes ces inflammations sont exemptes d'un grand intérêt; mais, en réfléchissant, en interprétant les faits, on leur arrache les enseignements qu'ils dissimulent. Die merkurielle Stomatitis ist nämlich, vom allgemein-pathologischen Standpunkt aus betrachtet, aus zwei Gründen von grofsem Interesse. Erstens liefert sie uns einen interessanten Beitrag zu unseren spärlichen Kenntnissen von jenem Vorgange oder Zustand, den wir Disposition nennen. Wir wissen hierüber in der Regel nicht viel. Den Dermatologen aber interessiert der Begriff der Disposition ganz besonders wegen ihrer Bedeutung für die Ätiologie des Ekzems. Bei der Stomatitis mercurialis jedoch erkennen wir das Wesen der Disposition, auf Grund deren sich diese Entzündung entwickelt, ganz klar. Wir selbst schaffen sie ja künstlich durch die Einverleibung des Quecksilbers in den Organismus. Und dank den Untersuchungen UNNAS sind wir im stande zu sagen, auf welche Weise sie entsteht. Sie entsteht durch einen chemischen Vorgang innerhalb und aufserhalb der Gewebe, durch Entziehung von Sauerstoff und durch Steigerung physiologischer Reduktionsprozesse. Nur auf dem Boden dieses chemischen Prozesses, der zu einer Schwächung sowohl der Gewebe selbst als auch der natürlichen Schutzvorrichtungen des Organismus führt, kommt es hier zur bakteriellen Entzündung.

Die merkurielle Stomatitis und Proktitis bieten auch aus einem zweiten Grunde allgemein-pathologisches Interesse. Sie entstehen durch solche Mikroorganismen, die im gesunden Mund und Darm konstant vorkommen, die für gewöhnlich als harmlose Schmarotzer im Organismus leben, und die nur unter gewissen Umständen den Körper infizieren. Es giebt noch mehrere derartige Krankheiten, deren Entstehungsweise seit Kurzem genauer studiert wird, z. B. die Entzündungen, die das Bacterium coli commune hervorruft, ferner das Ekzem. Von letzterem wissen wir, dafs es durch die Toxine von Staphylokokken ensteht, die regelmäfsig auf der normalen Haut gefunden werden. Auch zur Entstehung des Ekzems ist eine Disposition nötig, die den Mikroorganismen die Entfaltung ihrer krankmachenden Tätigkeit gestattet. Für alle diese Krankheiten sind die Stomatitis und Proktitis mercurialis gewissermafsen paradigmatisch.

[14] CHARRIN, Les défenses naturelles de l'organisme. 1898.

Die therapeutische Verwendung des „Teervasogen."

Von

Dr. J. Arnold Goldmann-Wien.

Bei der Behandlung einer stattlichen Reihe von Dermatosen nimmt der Teer, trotz vielfach versuchter Neuerungen in der Dermatotherapie fast unbestritten noch immer den ersten Platz ein. Es ist wohl nicht zu leugnen, dafs sein guter Ruf zum grofsen Teile auch dadurch geschmälert werden konnte, weil man, durch seine, in vielen Krankheitsformen bewährte günstige therapeutische Wirkung gewissermafsen verführt, eine Zeit lang Teer als Universalheilmittel bei allen Arten von Hautkrankheiten anzuwenden versucht hat. Dafs diese Versuche hinsichtlich befriedigender Erfolge negativ ausfallen mufsten, wäre eigentlich, schon vermöge der chemischen Eigenschaften und der physiologischen Wirkungsweise dieses Arzneimittels mit grofser Wahrscheinlichkeit vorauszusehen gewesen. Dazu noch der Umstand, dafs Teer selbst in jenen Krankheitsformen, in welchen sein eminenter Heilwert aufser Zweifel steht, in gewissen Stadien dieser Erkrankungen entweder ganz wirkungslos, oder auch effektiv schädlich wirken und so zum Teile die Einleitung oder die Finalisierung des Heilganges hindern oder mindestens retardieren kann. Zur näheren Begründung meiner einleitenden Ausführung will ich unter anderen Dermatosen beispielsweise nur das Ekzem anführen. Wenn wir Teer im akuten, entzündeten und nässenden Stadium auf ein Ekzem, wenn auch nur recht mäfsig auftragen, so können wir mit Sicherheit darauf rechnen, dafs dadurch eine stärkere Reizung und Entzündung zu Tage tritt, als sie ursprünglich vorhanden war. Wir werden also mit dem in der Ekzemtherapie so anerkannt gut bewährten Teer in diesem Stadium der Erkrankung dem Kranken keineswegs nützen, aber sicherlich schaden. Wir machen dieselbe Erfahrung auch mit anderen, bei Ekzem indizierten Arzneimitteln und auch bei diesen zeigt uns die Praxis, dafs ihr therapeutischer Erfolg auch nur dann mit Sicherheit zu erwarten steht, wenn sie nur in einem, ihrer Wirksamkeit entsprechenden Stadium der Erkrankung zur Anwendung gebracht werden.

Wir behandeln danach, gestützt auf allgemeine praktische Erfahrung lege artis das nässende Ekzem a priori in der allermildesten und reizlosesten Weise, indem wir in dem einen Stadium desselben, welches sich durch starke Röte und Entzündung der Haut auszeichnet, kühle Überschläge mit Goulardschem Wasser, oder 1%igem Liquor Aluminii acetici

machen, im anderen Stadium, im Ekzema vesiculosum oder pustulosum eine indifferente Salbe, eventuell auch irgend ein den Juckreiz milderndes Streupulver verwenden etc. etc., während wir das Ekzema squamosum, auch in seiner hartnäckigsten Form am wirksamsten mit Teer behandeln, dessen Applikation die meisten Kranken, wenn man dazu Vasogen, als Vehikel verwendet, nahezu ohne jedwede Reaktionserscheinung gut vertragen, trotzdem die Resorbierbarkeit des „Teervasogen" nachweislich die möglichst beste ist. Durch diese gute Resorbierbarkeit des Präparates wird zum Teile der noch entzündliche Zustand der Corionschicht der Haut behoben, zum Teile beschleunigt sie die Mortifikation der obersten Epidermisschichten und wirkt baktericid, so weit sich tierische oder pflanzliche Parasiten angesiedelt haben. Nach KAPOSI mildert der Teer gewöhnlich auch das die Hauterkrankung begleitende Jucken in befriedigender Weise.

Ich habe im Verlaufe längerer Zeit eine stattliche Anzahl von Ekzemen in verschiedener Lokalisation und ebenso verschiedener Ausbreitung behandelt und habe in jenen Stadien der Dermatose, also hauptsächlich die Trockenekzeme durch die Publikation ULLMANNS („*München. med. Wochenschr.*" No. 23 und 24, 1898) angeregt, mit „25%igem Teervasogen" je nach Individualität oder Ausbreitung der Erkrankung ein und auch zweimal täglich aufpinseln lassen. Es waren darunter Fälle, welche infolge Vernachlässigung von Seite der Kranken selbst schon sehr inveteriert, wie beispielsweise bei einer 52jährigen Frau mit Ekzema squamosum des linken Unterschenkels in etwa stark handbreiter Extensität, seit nahezu zwei Jahren bestehend und bis nun gar nicht ärztlich behandelt. In den ersten acht Tagen täglich einmalige Teervasogeneinpinselung, ziemlich ergiebig aufgetragen, wird nahezu reaktionslos und gut vertragen, keine merkliche akute Entzündungserscheinungen zu beobachten. In der nächsten Woche, vorerst noch dieselbe Behandlungsart fortgesetzt, zeigen sich schon ausgesprochene Anzeichen eines fortschreitenden Heilganges, worauf die Behandlung in der Weise modifiziert wird, dafs ich abwechselnd jeden anderen Tag, anstatt einer einmaligen, eine täglich zweimal zu applizierende Pinselung anordne, welche ebenso reaktionslos und gut vertragen wurde. In der Zwischenzeit bietet das Ekzem ein schon bei weitem günstigeres Allgemeinbild und der durch so lange Zeit bestandene, mitunter qualvolle Juckreiz hat bereits nahezu ganz aufgehört. Nach kaum sechs Wochen vollständige Heilung, keine Rezidive.

In einem zweiten Falle: Ekzema squamosum am Skrotum bei einem 34jährigen Kaufmann, welcher infolge seines Berufes als Platzagent, viele Stunden täglich gehen mufs, zumal auch wegen seiner ziemlichen Beleibtheit an Hyperhidrosis laboriert, das Ekzem über das ganze Skrotum ausgebreitet, stark schuppig-schwielig, zeitweilig wegen starker Reibung

auch schmerzhaft, seit nahezu einem Jahre verschiedenartig, zweimal auch mit vorübergehendem Erfolge behandelt, seither rezidiviert, ist nach vierwöchentlicher, täglich einmaliger Einpinselung von 25%igem Teervasogen vollständig und einwandfrei geheilt. Seit nahezu sechs Monaten keine Rezidive.

In mehreren Fällen hartnäckiger Trockenekzeme an den Händen, darunter eines, bei einem 27jährigen Tischler, seit ungefähr vier Jahren bestehend und in der Zwischenzeit, trotz wiederholter Behandlung, resistent und etwa dreifingerbreit bis über das innere Handgelenk auf den Vorderarm übergreifend, zweimal auch nach der Hebraschen Methode mit Kalilauge erfolglos behandelt. Stellenweise starke Infiltration und schwielige Verdickung der Haut, mit an anderen Stellen überwiegender, abnormer Schuppenbildung. Nach den ersten paar Teervasogenpinselungen und abschliefsenden Zinkpastenverband mäfsige lokale Reaktion, vermehrter Juckreiz, nach acht Tagen gar keine örtliche Reizungserscheinung, Juckreiz vollständig geschwunden, Infiltrationen wesentlich zurückgegangen, Rötung kaum mehr nennenswert; Abschuppung noch ziemlich stark. Nach weiteren acht Tagen das Gesamtaussehen der ekzematösen Stellen sehr zu Gunsten verändert, Infiltrationen und Verdickungen kaum mehr vorhanden, Abschuppung bedeutend verringert. Nach Ablauf von sechs Wochen komplete Heilung, keine Schwielen, keine Abschuppung, die Haut ziemlich abgeblafst, weich anzufühlen, verhältnismäfsig noch etwas trocken, aber weder rissig, noch verhärtet. Die anderen von mir behandelten Ekzemfälle an den Händen heilten — ich will der Weitläufigkeit wegen diese nicht einzeln ausführen — unter Teervasogenbehandlung, mit Ausschlufs jeder anderen Behandlungsart in einem Zeitraume von zwei bis vier Wochen glatt und ohne hindernden Zwischenfällen aus.

Einzelne Fälle Kinderekzeme an verschiedenen Körperstellen und variabler Ausbreitung heilten, sobald ich im Trockenstadium derselben acht bis zwölf täglich einmalige, leichte Teervasogeneinpinselungen machte, ganz prächtig aus, was um so bemerkenswerter ist, als bekanntlich gerade diese Ekzema sehr hartnäckiger Art und recht schwer zur vollständigen Ausheilung zu bringen sind. Die von mir behandelten Kinder waren zwischen eineinhalb und sieben Jahre alt und vertrugen alle die Teervasogenbehandlung anstandslos gut. Nur in einem Falle, bei einem sonst recht gut genährten und gesunden Mädchen von drei Jahren, durchaus nicht lymphatisch oder hereditär belastet, trat nach etwa zwei Monaten eine nur stellenweise Rezidive im Ekzema faciei ein, welche aber nach ganz kurzer Zeit wieder gründlich behoben werden konnte.

Die reduzierende Wirkung des Teer hat sich im Teervasogenpräparate durch dessen gute Resorbierbarkeit, seine anerkennenswert reizlose und im

Vergleiche zu anderen Teerpräparaten äufserst milde pharmakotherapeutische Einwirkung auf die Haut in eminenter Weise gezeigt von dem Momente an, als nach Ablauf des entzündlichen und exsudativen Stadiums der von mir behandelten Ekzemfälle das Teervasogen zur Verwendung genommen wurde. Ich habe in keinem der angeführten Fälle, trotzdem in vielen das Teervasogen doch auch längere Zeit verwendet wurde, weder erneuerte Irritation der Haut, noch eine, bekanntlich nicht zu den Seltenheiten zu zählende Teerakne und auch nicht die geringsten sonstigen Beschwerden oder Nebenwirkungen, wie solche im Verlaufe oder im Gefolge einer Teerbehandlung vorzukommen pflegen, zu beobachten Gelegenheit gehabt.

In seinem Heileffekte sehr gut bewährten sich tägliche Einpinselungen von Teervasogen in einem Falle von Pruritus ani bei einem ziemlich beleibten 35jährigen Manne, welchen ich wiederholt vorher mit verschiedenen anderen Mitteln, ohne zufriedenstellenden Erfolg erzielen zu können, behandelt habe. Nach fünf Einpinselungen hat das, mitunter recht lästig gewordene Jucken beinahe ganz aufgehört, nach weiteren zehn Einpinselungen ist dasselbe, ohne bis nun wiederzukehren, gänzlich ausgeblieben. In einem Falle von Pruritus vulvae, in welchem ich denselben Versuch gemacht habe, blieb der Erfolg aus, hingegen hatten Einpinselungen in einem Falle von Pruritus an der Innenseite beider Oberschenkel in schon verhältnismäfsig kurzer Zeit dauernden Erfolg, trotzdem Patient ein alter Gichtiker ist und sein eigentliches Grundleiden, welches ich als veranlassende Ursache des ziemlich starken Pruritus ansehen mufs, in der Zwischenzeit in keiner Weise gebessert wurde, der Pruritus jedoch, soweit dies bisher zu beobachten und zu beurteilen ist, voraussichtlich gründlich behoben wurde, da auch bei vorgekommener Rezidive, neuerliche fünf bis sechs Einpinselungen Abhilfe geschaffen haben. In zwei Fällen von diabetischem Pruritus haben Einpinselungen von Teervasogen wohl augenscheinliche Linderung, aber bis nun keine Heilung gebracht.

Interessant in seinem Verlaufe und bezüglich der zu stellenden Diagnose war folgender Fall: Ein junger Mann von 23 Jahren präsentiert sich mir in meiner Ordination mit beiderseitiger, leichter Schwellung (etwa nufsgrofs) der Leistendrüsen und an beiden Seiten des Abdomens ziemlich zerstreut liegenden, stecknadelkopfgrofsen, nur sehr mäfsig gerötteten Knötchen, welche nach Angabe des Kranken schon seit ungefähr vierzehn Tagen bestehen und ihm, besonders in der Nacht, in der Bettruhe ein peinlich unangenehmes Jucken verursachen, so dafs er infolgedessen um seinen sonst sehr gesunden Schlaf komme. Erst seit drei Tagen bemerke er, dafs sich ein solcher Ausschlag auch an beiden Unterschenkeln zeige und dafs er nunmehr auch Schmerzen in der Leistengegend verspüre. Er glaube sich bei einem Koitus infiziert und dadurch den Ausschlag

und die „Pauken“ bekommen zu haben. Nach eingehender Untersuchung konnte ich mich von der Haltlosigkeit dieser Annahme überzeugen, konnte aber vorerst, da ich aus dem ganz kleinen Knötchen beim Anstechen mit einer Nadel keine Flüssigkeit herausbekam, auch noch keine strikte Diagnose stellen. Ich verordnete demgemäfs, mit Rücksicht auf die Schwellung der Leistendrüsen Bettruhe und entsprechende Umschläge und gegen das Jucken vorerst bis auf weiteres Zinkpuder.

Als ich den Kranken nach zwei Tagen wiedersah, erfuhr ich, dafs wohl die Schmerzen in der Leistengegend bedeutend nachgelassen hätten, das lästige Jucken dagegen nahezu unverändert fortbestehe. Die Schwellung der Drüsen war inzwischen thatsächlich zurückgegangen, die Knötchen jedoch fast um das Doppelte vermehrt und ich konnte aus denselben schon eine seröse Flüssigkeit entleeren. Aus dem charakteristischen Symptomenkomplexe mufste ich folgerichtig nunmehr die Diagnose auf Prurigo stellen und dementsprechend auch die Behandlung einleiten und zwar in der Weise, dafs ich abends die pruriginösen Stellen mit 25%igem Teervasogen einpinseln liefs, für den nächsten Morgen ein warmes Bad von einhalbstündlicher Dauer und nach dem Bade eine tüchtige Einreibung, beziehungsweise Einfettung der Haut verordnete. Nach fünf Tagen mäfsige Besserung, Juckreiz noch lästig, doch schon erträglicher, nach zehn Tagen auffallende Besserung, das Jucken nahezu vollständig aufgehört, nach vierzehn Tagen vollständige Heilung. Ich habe Prurigofälle wiederholt mit Sapo viridis und anderen Mitteln behandelt, doch in keinem Falle so rasche und zufriedenstellende Heilerfolge gesehen, wie in diesem Falle mit der Teervasogenbehandlung.

In prägnantester Weise zeigt sich die gute und ausreichende reduzierende Heilwirkung des 25%igen Teervasogen bei der Behandlung der verschiedensten Formen der Psoriasis. Ich hatte im Verlaufe meiner langjährigen ärztlichen Praxis Psoriasisfälle in ziemlich grofser Anzahl in Behandlung, habe mich mit allen während dieser Zeit empfohlenen und üblichen Behandlungsarten in ausgiebigster Weise beschäftigt, mithin in der Lage über den therapeutischen Effekt der einen oder der anderen Behandlungsart ein richtiges Urteil zu bilden. Es leistet wohl jede einzelne derselben, zur richtigen Zeit verwendet, in ihrer Art zweckentsprechendes, mitunter auch befriedigendes, wobei ich sowohl die interne, als auch die externe Behandlungsart im Auge habe. Es giebt Fälle, in welchem die interne Behandlung mit verschiedenen indizierten Arzneimitteln gewifs nicht entbehrlich ist und die externe Behandlung wesentlich zu unterstützen und günstig zu fördern vermag. Ich habe mich davon schon oft genug zu überzeugen Gelegenheit gehabt, obschon ich durchaus nicht behaupten will, dafs in jedem Psoriasisfalle, d. h. ausnahmslos auch eine interne Behandlung unbedingt notwendig wird. Dagegen dürfte

meines Erachtens nach kaum ein Psoriasisfall ohne externe Behandlung zur vollen Ausheilung gelangen können. Unter den gebräuchlichen externen Mitteln behauptet Teervasogen einen hervorragenden Platz schon mit Rücksicht darauf, dafs der Teer in diesem Präparate durch die Haut ausgezeichnet gut resorbiert und im Vergleiche, sowohl zu anderen Teermitteln als auch zu anderen Präparaten in allen Formen der Psoriasis, fast ganz reaktionslos, selbst von den empfindlichsten Kranken mit ausgebreiteten Plaques und an den verschiedensten Stellen des Körpers vertreten, vertragen wird. Es ist selbstverständlich auch bei dieser Behandlungsart auf einen raschen Heilerfolg nicht zu rechnen, weil gar kein uns bis nun zur Verfügung stehendes Mittel diese gewifs erwünschte Eigenschaft besitzt, ebensowenig kann mit Teervasogen allein eine Psoriasis mit Aussicht auf Erfolg behandelt werden. Die bei dieser Erkrankung unentbehrlichen Abreibungen im Bade mit Schmierseife oder anderen Mitteln müssen auch jedesmal der Teervasogeneinpinselung vorangehen. Ich selbst habe mehrere Psoriasisfälle bei erwachsenen Personen, Männern und Frauen in der Weise behandelt, dafs die erkrankten Stellen im Bade kräftigst mit Schmierseife abgerieben und dann die schuppenfrei gewordenen Exkoriationen tüchtig mit 25%igem Teervasogen einpinseln, mit Zinkpuder aufstreuen und abschliefsend trocken verbinden liefs. Die Prozedur ist eine bestimmt schmerzlosere als jede andere, wurde von meinen Kranken auch anstandslos gut vertragen. Ich konnte alsbald die Wahrnehmung machen, dafs die Borkenbildung keine so intensive und adhärente war, die Efflorescenzen sich im allgemeinen nicht so rasch und erneuert zeigten, die Abschuppung eine schon wesentlich geringere wurde, die Plaques merklich verkleinert und in ihrer Färbung charakteristisch verändert. Nach drei bis vier Wochen konnte ich schon stellenweise und successive Abheilung bemerken, welche im Verlaufe der nächsten paar Wochen progressiv zunahm, so dafs nach vollständigem Aufhören der Schuppenbildung und der Hyperämie der erkrankten Hautstellen, zwischen zwei und vier Monaten Zeitdauer schöne Heilerfolge zu konstatieren waren. Ich mufs wohl hinzufügen, dafs ich in zwei Fällen, welche vorher schon drei und fünf Jahre bestanden haben und wiederholt exacerbierten, in der Zwischenzeit neben der externen Teervasogenbehandlung auch arsensaures Eisen intern nehmen liefs, schon mit Rücksicht darauf, weil beide Kranke sehr anämisch und herabgekommen waren und ich diese interne Medikation zur Aufbesserung ihrer Blutanomalie für dringend notwendig hielt, glaube aber kaum, dafs diese Mithilfe die gute Wirkung der externen Teervasogenbehandlung schmälern kann.

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 7. Januar 1902.

Originalbericht von Dr. F. Pinkus-Berlin.

Nach einigen geschäftlichen Bemerkungen des Vorsitzenden, Schriftführers und Bibliothekars giebt letzterer (Heller) die Anregung zur Aufstellung eines Kataloges der im Privatbesitz Berliner Dermatologen befindlichen Fachlitteratur.

Blaschko stellt vor: 1. Eine junge Dame, welche seit sieben Jahren an einem circumscripten Hautausschlag an der Vorderseite beider Unterschenkel leidet. Rechts ist die Affektion im Laufe von sechs Wochen unter Bedeckung mit Arnings Salicyltricoplast fast völlig verschwunden, links besteht sie, unbehandelt, unverändert. Sie besteht aus follikulären Knötchen mit centralem weißlichgrauen Horntrichter, die in der Mitte der Affektion breitere Basis erhalten haben und zusammenstoßen, so daß eine grobe Felderung (Lichenisation) typisch hervortritt, die am Rande aber vereinzelt, ohne infiltrierten Hof inmitten gesunder Umgebung stehen. Das Ganze bildet eine über handgroße verrucöse, in ihren Einzeleffloreszenzen außerordentlich gleichmäßig gebaute Plaque. Blaschko schließt die Diagnose Psoriasis aus (Fehlen der Blutprobe) und diagnostiziert **Lichen chronicus simplex.**

Diskussion: Rosenthal weist auf einen ähnlichen Breslauer Fall hin (IV. dermatolog. Kongreß, S. 518), in dem er sich für die verrucöse Form des Lichen planus entschieden hat. Es gehörten hierhin wohl die Gruppen des Lichen planus corneus und obtusus. In diesem Fall hier ist mangels Primäreffloreszenzen die Unterscheidung zwischen Lichen planus und chronicus simplex nicht möglich, doch wäre für letzteren die Lokalisation auffallend.

Pinkus hat in ähnlichen Fällen die histologische Struktur des Lichen planus vermißt, andererseits aber in einem solchen typische Lichen planus-Ringe am Penis gesehen.

Lippmann spricht für Lichen simplex chronicus. In einem ähnlich lokalisierten Fall hat er bei mehr als ein Jahr langer Beobachtung nie Lichen planus-Effloreszenzen gesehen.

Blaschko sieht als Primäreffloreszenz das follikuläre Knötchen mit Horntrichter an. Lichen planus würde weder in so kurzer Zeit durch lokale Applikation noch so pigmentlos abheilen.

2. Einen 6jährig. Knaben, der seit zwei Jahren an einer verrucösen Affektion am Rücken beider Handgelenke und am Knie leidet. Die Erkrankung scheint auf den ersten Blick eine Tuberculosis verrucosa cutis vorzustellen. Mit Rücksicht auf die kreisbogenförmige Anordnung, die Multiplizität der Herde, die stellenweise Abheilung mit glatter Narbe ohne restierende Lupusknötchen, den Allgemeinstatus (schwächliches Kind mit Zeichen von Hydrocephalus chronicus, Zahnanomalien) und die Ascendenz (Vater vor der Verheiratung mit Syphilis infiziert, und mehrfach behandelt, Großmutter mit großem serpiginösem Syphilid am Kopf) diagnostiziert Blaschko **Syphilis verrucosa.**

Diskussion: Lesser bittet in einer späteren Sitzung über die histologischen Veränderungen des ersten, sowie über den Erfolg der Kur im zweiten Fall zu berichten.

Oestreicher empfiehlt zu sauberer Einreibungskur eine in der Brettschneiderschen Apotheke, Berlin, Oranienburgerstrafse, auf seine Anregung hergestellte **Hg.-Seife** (30 g 1 Mk.), welche ohne Erhöhung der Dosis zu erfolgreicher Behandlung von ihm seit einem Jahr verwendet wird. Stomatitis ist sehr selten, Heilerfolg gut.

Diskussion: Lesser erinnert an das von ihm vor 15 Jahren angewandte Mollinum Hydrargyri und fragt nach dem Verbleiben des Hg bei der Seifeneinreibung. Die Seltenheit der Stomatitis spricht nicht für energische Wirkung, das Verschwinden von Exanthemen ist kein sicheres Criterium.

Blaschko spricht sich von allen von ihm probierten Seifen für die Beiersdorfsche aus. Man müsse mehr Seife nehmen als Salbe, um denselben Erfolg zu erzielen.

Saalfeld findet, dafs die Salbenkur bei der Einklatschung bedeutend sauberer sei als bei der Einreibung.

Rosenthal hält bei der Wichtigkeit der Inhalation die auf der Haut liegende Partie der Salbe für einen sehr wichtigen Faktor der Inunktionskur.

Oestreicher konnte schon nach sieben Stunden Hg im Urin chemisch nachweisen. Er hält die Seife in derselben Dosis wie graue Salbe für sehr wirksam.

Diskussion über den Vortrag von Heller (Novembersitzung 1901). Lesser. Das Gutachten des Arztes mufs nur vom ärztlichen Standpunkte, nur nach dem medizinischen Befund abgefafst sein, ohne Rücksicht auf das eventuelle Urteil des Gerichts und namentlich ohne Beeinflussung durch den in den Akten niedergelegten juristischen Untersuchungsgang.

Rosenthal stimmt dem Redner bis auf kleine Punkte zu. Bezüglich der Sachverständigenthätigkeit hebt er den im *Arch. f. Lichttherapie*, 1901, Heft 3, S. 68 publizierten Fall von krasser Abweichung von der gewöhnlichen ärztlichen Anschauung in betreff der Syphilisübertragung hervor, der durch die Überschrift „aus Schweningers Ärzteschule" unter der Autorität des Berliner akademischen Vertreters der Dermatologie veröffentlicht ist (einem vor 1¼ Jahr infizierten Manne wird nach sechsmonatlicher Symptomlosigkeit der Ehekonsens erteilt).

Lesser erwähnt einen ähnlichen Fall aus einer anderen Universitätsstadt, in welchem diesem Experiment die prompte Infektion der Ehefrau mit Syphilis folgte. In diesen Fragen ist der Standpunkt der Mehrheit der mafsgebende; isolierte abweichende Urteile können auf unser Handeln als Sachverständige nicht von Gewicht sein.

Heller. Das Gutachten mufs natürlich stets aus dem ärztlichen Gewissen heraus abgegeben werden. Kenntnis des Gesetzes ist aber notwendig, da die Fragestellung die Kenntnis des Gesetzes voraussetzt. Bezüglich der Befähigung zum Sachverständigen ist es nicht erforderlich, das ganze Wissen zu umfassen, sondern nur im stande zu sein, dieses Wissen zu umfassen.

Gerson empfiehlt zum Bubonenverband und zum Verband am Rumpf (Zoster) die von ihm angegebene **Simplexbinde** (Beiersdorfs Katalog, S. 61).

Diskussion: Pinkus empfiehlt diese Binden nach eigenen Erfahrungen namentlich für Verbände am Rumpf und für heilende Bubonen.

Reissner demonstriert eine **Modifikation des Arzbergerschen Prostatakühlers**, der wechselthermische Applikation (für chronische Prostatitis) mittels zweier Zulaufröhren gestattet. (Medicin. polytechn. Union, Lenz & Co., Berlin.)

Diskussion: Berger hat 1896 einen ganz ähnlichen Apparat in derselben Fabrik anfertigen lassen und empfohlen, der nur in den Zulaufröhren noch Hähne hat.

Richter warnt vor der Applikation hoher Temperaturen bei Anwendung der ungeschütsten Metallapparate. Er überzieht (in der Art des Winternitzschen Kühlschlauchs) die Metallinstrumente mit Kondoms, wobei ohne Schaden viel höhere und viel tiefere Temperaturen erreicht werden können.

Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau.

Sitzung vom 30. November (12. Dezember) 1901.

Originalbericht von Arte. Jordan-Moskau.

1. Metscherski stellte ein 19jähriges Mädchen mit **Scrophuloderma** vor, welches auf der linken Wange, dem Kinn und dem linken Schlüsselbein sitzt. Der Fall zeichnet sich durch ungemein raschen Verlauf aus. Von sonstigen, für Skrophulose sprechenden Zeichen findet sich nur Blepharitis.

2. Lichatscheff machte Mitteilung über einen nach Moore behandelten Fall von **Syphilis**. Entsprechend den Angaben Moores behandelte L. einen Fall von recenter Syphilis mit der serösen Flüssigkeit, welche er durch Anstich einer Blase, erzeugt durch Kantharidenpflaster, bei einem gummös syphilitischen Patienten gewann. Das aseptisch aufgefangene und unter aseptischen Kautelen jeden zweiten Tag zu je 10 ccm unter die Haut injizierte Serum brachte keinen Schwund der syphilitischen Erscheinungen hervor. Im Gegenteil, dieselben traten stärker und stärker auf, so dafs L. zu Sublimatinjektionen übergehen mufste, welche erst den gewünschten Erfolg herbeiführten.

3. Küsel sprach über die **Ätiologie des Ekzems**. Nach einer litterarischen Übersicht über die Ekzemfrage berichtet K. über seine eigenen bakteriologischen und experimentellen Untersuchungen. Gleich verschiedenen anderen Autoren hat er in einer Reihe von papulo-vesikulösen Ekzemfällen stets den Staphylococcus pyogenes aureus, albus, cereus albus und den Streptococcus gefunden, nachdem die Ekzemfläche vorher desinfiziert worden war. Die Ekzemstaphylokokken stimmen sowohl in kultureller als tinktorieller Hinsicht (Färbung nach Gram und mit Anilinproben), wie auch hinsichtlich ihrer Virulenz genau mit dem allgemein anerkannten Staphylokokkentypus überein. Was die experimentellen Versuche anbetrifft, so überimpfte K. Reinkulturen des Staphylococcus aureus und albus auf Tiere (junge Ferkel, Hunde, Affen und Kaninchen), um Ekzem zu erzeugen. Es kam aber nie zu Ekzembildung, sondern höchstens zur Entwicklung von Impetigopusteln und Follikulitiden.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 58. Heft 3. 1901.

I. **Über atrophische und serpiginöse Formen des Lichen ruber planus**, von V. Zarubin-Charkow. Verfasser hat im Januar 1900 in der Breslauer dermatologischen Gesellschaft zwei Fälle von Lichen ruber planus atrophicus demonstriert. In der vorliegenden Arbeit wird über die histologischen Befunde berichtet, nachdem ein Rückblick auf die einschlägige Litteratur und die Krankengeschichte der beiden Fälle vorausgeschickt worden sind.

In dem histologischen Bilde wurden als besonders charakteristisch für Lichen ruber planus die Hypertrophie des Stratum granulosum in der Gegend des Walles, der die atrophischen Partien umgab, und das circumscripte, in den obersten Schichten der Cutis liegende Zellinfiltrat konstatiert. Die Befunde decken sich im übrigen mit denen Darier's, welche derselbe in seinem Falle von Lichen ruber planus sclerotieus erhalten hat. Demnach beginnt die Erkrankung mit einer Infiltration der oberflächlichen Cutisschicht mit embryonalen Zellen. Das Zellinfiltrat organisiert sich später zu stabilem Bindegewebe, das durch Schrumpfung zu einer Erweiterung des Stratum papillare führt und, wie es scheint, eine narbenähnliche Atrophie mit dünner werdendem Stratum mucosum, Verdichtung des Cutisbindegewebes und Verminderung der elastischen Fasern verursacht.

Verfasser ist geneigt, den Lichen ruber planus atrophicus nach dem Vorgange Besnier's nicht als eine besondere Form des typischen Krankheitsbildes, sondern als eine Varietät desselben aufzufassen. Nach einer kurzen Besprechung der Ätiologie, der Differentialdiagnose beschreibt Verfasser noch einen dritten atypischen Fall von Lichen ruber planus, der durch die Bildung von circinären Efflorescenzen ausgezeichnet war.

II **Über die Dermatitis nodularis necrotica (Phlebitis nodularis necrotisans Philippson, Tuberculide acneiforme etc.)**, von Ludwig Török-Budapest. Der Verfasser teilt die Krankengeschichte und die histologische Untersuchung zweier Fälle mit, die dem von Barthélemy aufgestellten Typus der Folliclis insofern entsprachen, als die Hautveränderungen nicht in der Tiefe des subcutanen Gewebes, sondern an der unteren Grenze der Lederhaut entstanden, an den Extremitäten lokalisiert waren und Neigung zur Gruppenbildung zeigten.

Im ersten Falle war die Affektion im Beginne charakterisiert durch kleinerbsengroße, in der Tiefe der Lederhaut eingebettete Knoten, über welche ein leichtes, mit blafsroter Hyperämie verbundenes Ödem die Haut leicht emporwölbt. Die Knoten wachsen nur wenig und dann nur gegen die Oberfläche zu. Im weiteren Verlaufe verfärbt sich die Mitte weifslich. Sticht man hier an, so entleert sich ein Tropfen leicht getrübten Serums. Bei spontaner Weiterentwickelung bildet sich im Zentrum eine trockene, gelbgrüne, festhaftende Kruste. Reifst man dieselbe ab, so sieht man ein flaches, scharf umrandetes Geschwür mit glattem, etwas glänzendem, dunkelrotem Grunde. Es bildet sich eine neue Kruste, unter der die Überhäutung des Geschwürchens vor sich geht. Die Kruste fällt dann ab und es bleibt eine der Blatternarbe ähnliche, scharf begrenzte, anfangs violette, dann bräunliche, schliefslich weifse Narbe zurück.

Die Resultate der histologischen Untersuchungen stimmen im wesentlichen mit denjenigen überein, welche Philippson in seiner Arbeit über „Phlebitis nodularis necrotisans“ (vergl. Ref. in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 32. S. 446) mitgeteilt hat. Darnach handelt es sich um einen Prozefs, „der seinen Anfang in einer an der Grenze zwischen Cutis und Subcutis verlaufenden Vene nimmt, mit einer proliferierenden Endophlebitis beginnt, welcher sich bald Reizerscheinungen der ganzen Venenwand anschliefsen. Es entwickelt sich eine Phlebitis, bei welcher schliefslich das Venenlumen obstruiert wird. Hier im Venenthrombus und in der Venenwand und in deren unmittelbarer Umgebung findet man in frühen Stadien des Verlaufes auch die Nekrose. Der Prozefs dehnt sich dem Gefäfsverlaufe folgend langsam aus, greift ein wenig in die Tiefe, mehr aber und ganz vorwiegend gegen die Oberfläche hin. Es entwickelt sich ein mehr oder weniger dichtes, diffuses Infiltrat, das bis in die Papillarschicht reicht. Durch Nekrose der oberflächlichen Schichten entstehen endlich die von

Borken bedeckten Geschwürchen.“ Die auf die Entdeckung des Krankheitserregers gerichteten Untersuchungen des Verfassers hatten ein negatives Ergebnis.

III. **Über färbetechnische Methoden zum Nachweis des Acarus folliculorum**, von Alfred Kraus-Prag. Nach vielen vergeblichen Versuchen mit anderen Methoden kam der Verfasser darauf, völlig analog dem Vorgange bei der Tuberkelbacillenfärbung bei der Färbung des Acarus folliculorum zu verfahren. Ganz gleich, ob man sich der Ziehl-Neelsenschen oder der Gabbet-Ernstschen Methode der Tuberkelbacillenfärbung bedient, der Acarus gelangt gegenüber seiner Umgebung, welche blau gefärbt ist, intensiv rot zur Darstellung. Man kann dabei auch Einzelheiten seines Baues und seiner Struktur deutlich wahrnehmen.

Unter den beiden erwähnten Färbemethoden ist die Ziehl-Neelsensche vorzuziehen, weil bei derselben Entfärbung und Gegenfärbung getrennt nacheinander erfolgen, und man den Grad der Entfärbung völlig in der Hand hat.

Bei Schnittpräparaten gelang mit diesen Methoden die Färbung des Acarus nicht.

IV. **Die Beziehungen des Lupus erythematosus discoides zur Tuberkulose, mit besonderer Verwertung der Tuberkulinreaktion**, von W. Pick-Breslau. Zur Beleuchtung der Frage bringt der Verfasser eine tabellarische Übersicht von 48 in der Breslauer dermatologischen Klinik während des Zeitraums von 1892—1901 beobachteten Fällen. Aus der Tabelle geht hervor, dafs trotz der Anwendung der feinsten, zur Feststellung der Diagnose auf Tuberkulose bekannten Mittel und trotz Berücksichtigung auch der geringfügigsten anamnestischen Verdachtsmomente, doch bei einem ganz beträchtlichen Prozentsatz von Fällen jeder Anhaltspunkt für Tuberkulose fehlt. Unter 48 war dies bei 25, d. h. 58% der Fall, während nur bei 18 (= 42%) sich irgendwelche für Tuberkulose in positivem Sinne verwendbare Daten fanden. In 29 Fällen wurde Tuberkulin in Dosen von 1/4—20 Milligramm angewendet. Eine verdächtige lokale Reaktion konnte jedoch nur in einem einzigen tuberkulös stark belasteten Falle verzeichnet werden.

Zu diesen Thatsachen kommen hinzu die konstante Abwesenheit jeglicher tuberkulöser Veränderungen im Gewebe, der negative Bacillenbefund und der negative Ausfall von Inokulationsversuchen, so dafs Verfasser nach wie vor zu dem Schlusse kommt, dafs wir kein Recht haben, Tuberkulose und Lupus erythematosus in ätiologische Beziehung zueinander zu bringen.

V. **Ein Fall von Schwefelwasserstoff- (resp. Schwefelalkali-) Vergiftung bei einem Krätzekranken nach äufserlicher Anwendung von Pottasche-Schwefelsalbe**, von J. Burmeister-Breslau. Die bisher auf der dermatologischen Abteilung des Allerheiligen-Hospitals zu Breslau übliche Behandlung der Krätzekranken bestand darin, dafs die Patienten nach zuvoriger Applikation eines Reinigungsbades in einem Zeitraum von ca. 36 Stunden dreimal mit einer aus 10 Teilen Kalium carbonicum, 40 Teilen Sulfur. praecipit. und 50 Teilen Salbengrundlage zusammengesetzten Salbe universell eingesalbt und nach jeder Inunktion in wollene Decken fest eingepackt wurden.

Ein 19jähriger Stuckateur verfiel eine Stunde nach der dritten Einreibung plötzlich in einen schweren Allgemeinzustand. Er lag völlig bewufstlos und mit weiten Pupillen da; der Puls war klein und frequent, die Atmung unregelmäfsig und schluchzend. Vor dem Munde fand sich blutig gefärbte Flüssigkeit. Die Haut erwies sich stark gereizt. Der Urin war stets eiweifs- und zuckerfrei. Eine andere Ursache des Zustandes konnte nicht eruiert werden.

Der Patient erholte sich bald wieder unter Kampfereinspritzung, Vollbädern und kühlen Übergiefsungen über den Rücken. Die Salbenreste waren gründlich abgeseift worden.

Der Verfasser erklärt sich die Intoxikation folgendermafsen: „Nachdem die auf die Haut applizierte Pottasche-Schwefelsalbe bei einem besonders empfindlichen Individuum zunächst eine Dermatitis mit Exkoriationen und Nässen bedingt hat und demnächst aus dem Schwefel der Salbe und den in dem Sekret der Exkoriationen vorhandenen Alkalien die Bildung von Schwefelalkali zu stande gekommen ist, hat letzteres, von den Exkoriationen aus resorbiert, entweder direkt als solches, oder durch die Kohlensäure des Organismus in Kalium resp. Natriumcarbonat und Schwefelwasserstoff zerlegt, durch den freien Schwefelwasserstoff die Vergiftung hervorgerufen."

Seitdem ist der Gebrauch der Pottasche-Schwefelsalbe bei der Behandlung der Krätzekranken in der Klinik ganz beträchtlich eingeschränkt worden.

VI. **Die morphologische Richtung und die anatomisch-genetische Richtung in der heutigen Dermatologie**, von L. Philippson-Palermo. In dem zweiten Teile seiner Arbeit behandelt der Verfasser „die Hauptzüge einer umgearbeiteten Dermatologie".

„Die dermatologische Klinik ist pathologische Anatomie am Lebenden." Während der Pathologe das unmittelbare Ergebnis seiner Beobachtung in anatomischen Störungen findet, kann der Dermatologe diese letzteren in ihrer Entwickelung verfolgen, den einzelnen Entwickelungsphasen des Prozesses Schritt für Schritt nachgehen. Wie dies geschieht, lehrt uns die allgemeine Pathologie und die allgemeine Diagnostik der Hautkrankheiten. Sie bilden die Propädeutik in der Dermatologie. Ihnen sind viele Dermatosen nicht eigentliche Krankheiten, sondern krankhafte Prozesse der Haut; so sind z. B. das trockene, das feuchte Ekzem, der Lichen simplex, das Erythem etc. als besondere Arten von Entzündungen oder von „reaktiven Reizerscheinungen" zu betrachten. „Aus dem Krankheitsverlauf von Erythema multiforme, nodosum, Purpura, Pemphigus, Erythrodermien etc. entnimmt man die Daten für die allgemeine Schilderung der Embolien und Metastasen" u. s. w.

Der speziellen Pathologie gehören dann nur solche Krankheiten, deren Krankheitsbedingungen genau genug bekannt sind, um für klinische Zwecke, für Diagnose, Prognose und therapeutische Indikationen dienen zu können. Dies wird sowohl für die Nomenclatur wie für die Gruppierung und Klassifizierung der Hautkrankheiten von Vorteil sein.

Die Beschreibung der krankhaften Hautveränderungen mufs vor allem die vollständige Entwickelungsgeschichte des anatomischen Prozesses in der Haut enthalten und zwar: „Bestimmung des anatomisch-topographischen Sitzes der anatomischen Störungen, — der allgemein pathologischen Form derselben, — der Art ihres ersten Auftretens, — der Geschichte der primären Krankheitsherde, — der Geschichte der sekundären Krankheitsherde." Eine derartige Beschreibung setzt natürlich eine dementsprechende Beobachtung der kranken Haut voraus.

Die mikroskopische Untersuchung tritt mit der Klinik in engste Beziehung. Sie beginnt dann ihre Arbeit, wenn die klinische Beobachtung im Stiche läfst. Sie ermöglicht die Erkennung der Genese der anatomischen Störungen, und der anatomischen Diagnose. *C. Berliner-Aachen.*

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1901. Heft 11.

Die Syphilis auf der Bühne, von Henri Fournier. Der auch in Deutschland gekannte und geschätzte Verfasser der „Roten Robe" Brieux, hat ein weiteres Stück geschrieben: „Les Avariés — Die Havarierten", in welchem er dem Zuschauer die Folgen der Syphilis in der Ehe vor Augen führt. Dieses Stück wurde von der

Pariser Theaterzensur verboten und FOURNIER findet dieses Verbot, entgegen der Ansicht mancher Pariser Ärzte, durchaus berechtigt. Mit den Gründen seiner Auffassung macht er uns in der kleinen Abhandlung bekannt.

Ulcus molle und Erythema nodosum, von MAURICE DRUELLE. Es sind erst ganz wenige Fälle des Zusammentreffens von Erythema nodosum mit ulcus molle veröffentlicht. D. teilt eine weitere derartige Beobachtung mit und knüpft daran einige Betrachtungen zu gunsten der Lehre, wonach ein Erythema polymorphum gern im Verfolg einer infektiösen Erkrankung parasitären Ursprungs auftritt.

Türkheim-Hamburg.

The British Journal of Dermatology.

Band XIII. Dezember 1901.

Tötliche Fälle von Purpura mit Hämorrhagien in die Nebennierenkapseln, von G. LITTLE-London. Im „East London Hospital" für Kinderkrankheiten sind während der letzten sechs Monate nicht weniger als vier Fälle dieser sonst sehr seltenen Komplikation der Purpura zur Beobachtung gelangt.

Um zu sehen, inwieweit man berechtigt sei, einen kausalen Zusammenhang zwischen der suprarenalen Hämorrhagie und der Purpura anzunehmen, ordnet Verfasser sämtliche einschlägigen Fälle in zwei Hauptgruppen: der ersten Gruppe gehören diejenigen Fälle von Hämorrhagien in beide Nebennierenkapseln an, bei denen vor dem Tode Purpura beobachtet worden ist. Es sind im ganzen elf Fälle, unter welchen sich die erwähnten vier im East London Hospital befinden. Ihre Krankengeschichte wird ausführlich mitgeteilt. — Das Krankheitsbild ist bei allen so ziemlich gleich. Ein Kind wird bei scheinbar normalem Wohlbefinden in der Nacht krank, wirft sich unruhig hin und her, am Morgen entwickelt es plötzlich einen Purpurausschlag am Körper und verfällt in einen schweren Zustand. In 24 Stunden ist es todt. Die Autopsie ergiebt keine anderen wesentlichen pathologischen Veränderungen als starke Blutergüsse in die Nebennierenkapseln. Eine Vergiftung vielleicht durch irgend ein Nahrungsmittel mag wohl nahe liegen, wenngleich sie bei der grofsen Seltenheit der Kombination von Purpura und suprarenaler Hämorrhagie im Vergleich zur Häufigkeit jener nicht wahrscheinlich ist. Kulturen des Blutes hatten einen negativen Erfolg.

Zur zweiten Gruppe zählen Fälle von Blutergüssen in beide Nebennierenkapseln ohne Auftreten von Purpura. Zwei Fälle dieser Art ebenfalls mit rapidem tötlichen Verlaufe werden im folgenden beschrieben.

Eine dritte Gruppe stellt Verfasser noch für diejenigen Fälle auf, welche Blutergüsse in einen Nebennierenkörper aufweisen, mehr oder wenig rapid letal verlaufen und nicht mit Purpura vergesellschaftet waren.

Die Krankengeschichten von vier Fällen dieser Gruppe werden mitgeteilt und dann die Ätiologie besprochen.

Verfasser ist in Übereinstimmung mit anderen Autoren der Ansicht, dafs es sich um einen infektiösen, durch den Streptococcus hervorgerufenen Prozefs handle, analog den hämorrhagischen Fällen von Variola, Morbilli, Diphtherie etc.

C. Berliner-Aachen.

Dermatologische Zeitschrift.
1901. Band 8, Heft 6.

I. **Über die Pathogenese des venerischen Bubo,** von P. Colombini-Sassari. Verfasser weist gegenüber Besançon, Griffon und Le Sourd, welche in ihrem jüngsten Werke über „die Natur des Bacillus Ducrey" die Frage der Virulenz oder Avirulenz, der Sterilität oder Nichtsterilität der venerischen Bubonen als noch immer nicht gelöst erklärt hatten, auf seine früheren sehr eingehenden Untersuchungen und seine im Jahre 1894 publizierte Arbeit „über die Pathogenese des venerischen Bubo" hin. Er glaubt, dafs die genannten Autoren, welche diese Arbeit citieren, dieselbe doch, wie es scheint, nicht mit genügender Aufmerksamkeit durchgelesen und den Verfasser in manchen wesentlichen Punkten mifsverstanden hätten. C. bekräftigt seine damaligen Ansichten durch weitere neuere Beobachtungen und rekapituliert aus jener Arbeit wörtlich die Schlufsfolgerungen, die auch heute noch ihre volle Geltung behalten haben:

1. Alle bis heute ausgesprochenen Theorien über die Bildungsart des venerischen Bubo halten einer auf klinische und experimentelle Beobachtung basierten Kritik nicht Stand.

2. Wenn man, wie es jetzt gemacht wurde, die Untersuchung des Bubo-Eiters auf die Zeit nach dem Einschnitt beschränkt, kann man verschiedene Fakten nicht beobachten, die Ricord beobachtete, und Grundsätze zusammenfassen, welche ermöglichen eine rationelle Theorie über die Pathogenese des Bubo aufzustellen.

3. Die Untersuchung und Inokulation des Eiters zeigt in gewissen Fällen das Vorhandensein des Bacillus Ducrey im Augenblick der Öffnung des Bubo, in anderen zeigt sich der Bacillus erst einige Tage nach dem Einschnitt, in anderen endlich gelingt es nicht, den Bacillus zu finden, weder am Tage der Öffnung; noch an den darauf folgenden Tagen.

4. Ungeachtet der verschiedenen Befunde, welche man mit der Okulation und der Untersuchung des Eiters allein hat, erscheint es mit Bezugnahme auf den Bacillus Ducrey nicht rationell, den Unterschied zwischen entzündbarem und geschwürigem Bubo (Ricord) zu machen. Selbst bei dem Vorhandensein der Ducrey-Bacillen im Eiter des Bubo kann der Prozefs ablaufen ohne geschwüriges Aussehen zu haben.

5. Weder die gewöhnlichen Eitererreger, noch die toxischen Produkte des Bacillus des venerischen Geschwürs können die Ursache für Bildung des Bubo genannt werden.

6. Der venerische Bubo mufs zuerst immer infektiös und immer von demselben Mikroben hervorgebracht sein, von dem spezifischen Mikroben des venerischen Geschwürs, da dieser allein in den operierten Bubonen gefunden worden ist, ehe ihre gänzliche eitrige Vereinigung stattgefunden hat, bei schwärenden Bubonen entweder bei ihrer Öffnung oder bald darauf, wenn man sicher ist, dafs keine äufsere Ansteckung stattgefunden haben konnte.

7. Das Faktum, dafs sich der venerische Bubo bei der Öffnung avirulent gezeigt hat und in den darauf folgenden Tagen virulent wurde, mufs darauf zurückgeführt werden, dafs der Bacillus Ducrey schon todt im Eiter ist, aber noch in den Wänden der eitrigen Drüse lebt, wo man ihn in der That findet, nachdem man die Sterilität des Eiters durch den doppelten Beweis der Inokulation und der mikroskopischen Untersuchung konstatiert hat.

8. In den Fällen des syphilitischen Bubo, in welchen es nicht gelingt, einen Mikroorganismus zu finden, mufs man annehmen, dafs der Mikrob des Geschwürs schon seinen Lauf vollendet hat und seine Virulenz schon vor der Untersuchung aufgehört habe.

II. **Erythrodermia exfoliativa universalis congenita familiaris**, von C. Rasch-Kopenhagen. Verfasser beschreibt einen Fall bei einer 32jährigen Patientin. Zwei ältere Geschwister derselben hatten dieselbe Krankheit. Bei allen dreien soll die Affektion gleich nach der Geburt aufgetreten sein und stets durch diffuse Röte und Abschilferung der ganzen Haut mit Ausnahme der Handflächen und Fufssohlen charakterisiert gewesen sein. Der Zustand änderte sich trotz mehrmonatlicher Bäder- und Salbenbehandlung im Hospital gar nicht. Haare und Nägel waren nie affiziert. Das Leiden verursachte im allgemeinen der Patientin wenig Beschwerden, nur dafs die permanente Röte im Gesichte und an den Händen, sowie die täglich abfallenden Schuppen sie genierten.

Verfasser bespricht die Differentialdiagnose und in einem Nachtrag das Ergebnis der histologischen Untersuchung. Aus derselben geht hervor, dafs es sich bei der Affektion um eine Verhornungsanomalie, um eine besondere Art von Parakeratose handelt, analog der Ichthyosis, mit welcher sie den unvermittelten Übergang der Retezellen in die Hornzellen und die atrophische Beschaffenheit des Papillarkörpers gemein hat.

Über die Ursache des Leidens konnte etwas Positives nicht eruiert werden.

III. **Verzögerung des Heilungsverlaufs nach Radikaloperation der Mittelohrräume durch Urticaria chronica**, von Warnecke-Hannover. Bei einem 40jährigen Patienten, welchem durch Radikaloperation die Mittelohrräume freigelegt worden waren, trat sieben Wochen später, als die Wundhöhle sich fast vollständig überhäutet hatte, eine Urticaria auf, die den weiteren Heilungsverlauf um mindestens drei Monate verzögerte. Man kann sich dies leicht erklären, wenn man annimmt, dafs die Ursache, welche auf der normalen Haut die Bildung einer Quaddel veranlafst, in dem zarten, feinmaschigen, blutreichen Granulationsgewebe einer heilenden Wundfläche Zerreifsungen mit Abhebung der dünnen, frischen Epitheldecke herbeizuführen vermag.

IV. **Zur Behandlung der Milien**, von K. Gerson-Berlin. Die Milien sind wegen ihrer Prädilektionsstelle in der Umgebung der Augen bei dem üblichen Verfahren des Aufritzens mittelst eines feinen Messers oft schwer zugänglich, weil sie in dem weichen, periocularen Gewebe dem Messer ausweichen. Seit Jahren bedient sich Verfasser zur schnellen und sicheren Entfernung der Milien des Acid. carbolic. liquef., das wegen seiner hygroskopischen Eigenschaft eine bedeutendere Tiefenwirkung als andere Ätzmittel, entfaltet. Den Grad der Tiefenwirkung hat man in der Hand durch stärkeres und längeres, oder schwächeres und kürzeres einer mit Carbolsäure getränkten Wattespitze. Vorher wird die Haut mit Äther oder Benzin entfettet, sodann beim Sitze am unteren Augenlide vom Patienten stark nach unten gespannt, wodurch die Milien sich deutlicher abheben. Das Auge selbst wird durch einen fest angedrückten Wattebausch geschützt. Hierauf wird ein möglichst fest und spitz auf einen Stiel gedrehter Wattekegel in die Carbolsäure getaucht und etwa 15 Sekunden unter drehender Bewegung auf das Milium gedrückt. Bei jedem einzelnen Milium ist der Wattekegel von neuem mit der Carbolsäure zu befeuchten. Zumeist genügt eine einmalige Ätzung, event. mufs dieselbe wiederholt werden. Mit dem Ätzschorf stofsen sich die Milien nach 5—6 Tagen ab, ohne Spuren zu hinterlassen.

Durch dasselbe Verfahren hat Verfasser auch bei Lichen planus gute und schnelle Erfolge erzielt.

V. **Über Pemphigus neonatorum**, von Paul Richter-Berlin. Verfasser fährt in seiner fleifsigen, mühsamen, litterarhistorischen Studie fort und rekapituliert in kurzen Auszügen aus der einschlägigen Litteratur so ziemlich alles, was jemals über den Pemphigus neonatorum publiziert worden ist. Er schliefst seine Betrachtungen

folgendermafsen: „Abgesehen vom Pemphigus syphiliticus verdient nur eine Art der Erkrankung die Bezeichnung „Pemphigus neonatorum". Dieselbe entsteht durch freiwillige und unfreiwillige Übertragungen, charakterisiert sich durch den Nachweis eines noch nicht genügend erforschten Staphylococcus, tritt sporadisch und epidemisch auf und kann sowohl gutartig als auch bösartig verlaufen. Auch angeboren kann die Erkrankung auftreten und giebt unter diesen Umständen häufig eine schlechte Prognose. Die von Ritter beschriebene Dermatitis exfoliativa neonatorum ist nichts anderes als eine durch besonders leichte Ablösbarkeit der Epidermis und durch Malignität charakterisierte Untergruppe des Pemphigus neonatorum. Eine weitere Gruppe bilden die durch Streptokokken oder durch eine Mischinfektion von Staphylokokken und Streptokokken hervorgerufenen, bösartig verlaufenden Fälle, welche mit hohem Fieber verbunden sind, während die Erkrankung sonst meist fieberlos verläuft. Dabei können die Blasen hämorrhagisch oder auch gangränös werden. Mit dem Pemphigus foliaceus, der eine chronische Affektion ist, hat der meist in wenigen Wochen verlaufende Pemphigus neonatorum nichts zu thun. Dagegen scheint derselbe ätiologisch mit der Impetigo contagiosa in Zusammenhang zu stehen, während die klinischen Differenzen auf anatomischen und physiologischen Unterschieden zwischen der Haut Neugeborener und derjenigen älterer Kinder und Erwachsener beruhen."

C. Berliner-Aachen.

Bücherbesprechungen.

Über die angebliche syphilitische Ätiologie der Tabes dorsalis. — Ein Fall von Tabes mit ungewöhnlichem Verlauf, von J. A. Gläser-Hamburg. (W. Maucke Söhne, Hamburg 1901.) Es ist bekannt, dafs Erb in der Vertretung seiner Ansicht bezüglich der ätiologischen Bedeutung, welche die Syphilis für die Entstehung der Tabes hat, mehrfach zu weit gegangen ist, dafs er insbesondere die entgegengesetzten Meinungen zu wegwerfend behandelt. Dagegen Stellung zu nehmen, hat jedermann das gute Recht, ebenso wie es jedem Arzte frei steht, sich als Gegner der Erbschen Anschauungen zu bekennen und Gründe für seine eigene Überzeugung anzuführen. Aber das darf nicht in der Art und Weise geschehen, die der Verfasser der vorliegenden Schrift gewählt hat. Denn diese Schrift hat nicht mehr das Gepräge einer sachlichen, wissenschaftlichen Kampfschrift, sie steht vielmehr auf dem Niveau öder Zeitungspolemik. Mit geistreich sein sollenden Spötteleien und Sarkasmen wird nichts bewiesen; und ein Buch, das zum grofsen Teile wenigstens geschrieben zu sein scheint, um die Gegner zu verhöhnen, und zwar auch solche, die gar nichts mit der Sache zu thun haben, hat keinen Anspruch auf wissenschaftliche Beachtung und Würdigung, auch wenn es in besserem Stile geschrieben wäre und sich durch gröfsere Klarheit auszeichnen würde als das vorliegende. *Götz-München.*

Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Paul Theiim-Leipzig. 2. vermehrte Aufl. (Georg Thieme, Leipzig 1901.) Gegen die erste Auflage bedeutet die vorliegende eine wesentliche Erweiterung und Vervollkommnung. Das Buch besteht jetzt aus vier Abschnitten: I. Allgemeine Dermatotherapie; II. Arzneimittel,

Heil- und Applikationsmethoden; III. Hydro- und Balneotherapie; Balneographie; IV. Spezielle Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten. In den II. und IV. Abschnitt hat Verfasser nicht nur die längst bewährten Behandlungsmethoden erörtert, sondern auch sämtliche neueren therapeutischen Ratschläge und Versuche, insbesondere des letzten Jahrzehnts, aufgenommen; ebenso sind wohl die meisten neueren Medikamente aufgeführt. Gänzlich neu sind daher Abhandlungen wie die Licht- und Radiotherapie, Organ- und Serumtherapie, Lokalanästhesie etc. Vorzüglich geschrieben sind die Abschnitte über Blennorrhoe und Syphilis; in ihnen tritt die Kunst des Verfassers, bei aller Kürze das Thema erschöpfend zu behandeln, besonders hervor. Sehr zu begrüfsen ist die Neueinführung des Abschnittes III. In ihm hat Verfasser den Versuch gemacht, aus den bekannteren Lehrbüchern der Dermatologie und Balneotherapie ein möglichst umfassendes, zusammenhängendes Referat über die Hydro- und Balneotherapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten zu geben. Den Abschnitt beschliefst eine kurze Balneographie, in welcher alle diejenigen Badeorte aufgeführt und kurz beschrieben sind, welche für die Behandlung von Haut- und Geschlechtsleiden empfohlen werden. Eine grofse Zahl ausgewählter Rezepte in alphabetischer Anordnung bildet den Abschlufs des Werkes. Die Absicht des Verfassers, ein möglichst vollständiges Bild von dem heutigen Standpunkt der Dermatotherapie in handlicher Form zu bieten, mufs als vortrefflich gelungen betrachtet werden; hoffentlich findet das Buch recht weite Verbreitung. *A. Loewald-Cassel.*

Manuale der neuen Arzneimittel, von J. Mindes. Für Ärzte, Apotheker und Drogisten. 4. Aufl. (Art. Institut Orell Füssli, Zürich 1902.) Das sehr empfehlenswerte Buch enthält alle bis Juni 1901 erschienenen neuen Arzneimittel und giebt eine rasche Orientierung über Zusammensetzung, Darstellung, Eigenschaften, Prüfung, Anwendung Dosierung etc. Für spätere Auflagen werden Litteraturangaben in Aussicht gestellt; vielleicht wären auch Mitteilungen über etwaige Nebenwirkungen in Erwägung zu ziehen. *A. Loewald-Cassel.*

Wie werde ich verrückt? Intimstes aus der Sprechstunde eines Arztes, von Audax. Teil 1. (Verlag für populäre Medizin, Hamburg 1901.) Dem Motto des Büchleins entsprechend, werden in demselben in offener, sehr populär gehaltener Sprache die gesundheitlichen Krebsschäden unter welchen die heutige zivilisierte Welt leidet, an der Hand von sehr deutlich skizzierten Beispielen dargestellt. Es sind das (nach einzelnen Kapiteln) 1. Neurasthenie und Vererbung, 2. Morphiumsucht, 3. Alkoholismus, 4. Onanie, 5. Harnröhrenerkrankung, 6. Syphilis. Besonders in letzteren beiden Kapiteln sind manche Thatsachen angeführt, welche bei dem Arzte einigermafsen Zweifel erregen können, aber es scheint, dafs das Büchlein vor Allem auf des Laien Gemüt einwirken soll und da kann man bei Unwahrscheinlichkeiten, wie vollständiger Heilung eines Trippers innerhalb drei Wochen trotz der sehr mangelhaften Behandlungsart (Einspritzung von kaltem, aber abgekochtem Wasser drei mal täglich!) schon ein medizinisches Auge zudrücken. Zumal wird in demselben Kapitel der Kurpfuscher Wirken, deren kolossaler Schaden für das Allgemeinwohl und die auffallende Nachsicht der mafsgebenden Behörden gegen solches Treiben recht anschaulich geschildert. Trotzdem lässt Verfasser zuweilen einen Optimismus bezüglich der Wertschätzung ärztlichen Leistungen von Seiten des Publikums durchblicken, um welchen er wahrhaft zu beneiden ist; wie oft wird es ferner einem Arzte, möge er noch so lange der Hausarzt und Vertraute der Familie gewesen sein, gelingen, einen 14—15 jährigen Jungling so rasch von der Onanie abspenstig zu machen, wie es in dem betreffenden Kapitel geschildert ist? Schliesslich kann sich Referent nicht

der Zweifel entschlagen, ob derartige populäre Schriften oft, d. h. bei neuropathisch veranlagten Personen, mehr Schaden wie Nutzen stiften; ein sehr drastisches Beispiel dieser Art wurde von ihm erst in jüngster Zeit erlebt. *Stern-München.*

Veröffentlichungen der deutschen Gesellschaft für Volksbäder. Herausgegeben von dem geschäftführenden Ausschufs. 5. Heft. (August Hirschwald, Berlin 1901.) In dem vorliegenden 5. Hefte dieser Veröffentlichungen ist der Bericht über die erste Hauptversammlung der Gesellschaft am 27. Oktober 1900 (im kaiserlichen Gesundheitsamt zu Berlin) und die in derselben gehaltenen Vorträge der Herren Stadtbaumeister MATZDORFF (Berlin) und Dr. med. KABIERSKE (Breslau) enthalten. Ersterer sprach über die Entwicklung des städtischen Volksbadewesens in Berlin, welche ein anschauliches Bild über die rapiden Fortschritte der letzten Jahre auf diesem Gebiete giebt, letzterer über Hallenschwimmbäder; deren Wert scheint nach der darauffolgenden Diskussion nicht von allen Seiten gleichmässige Schätzung zu erfahren. Den weiteren wichtigen Inhalt dieses Heftes bilden die 2 Vorträge, welche den I. Preis als Ergebnis der Ausschreibung von Seite der Gesellschaft erlangt haben. Der eine Vortrag „Über Volksbäder" betitelt, hat H. Dr. E. BÄUMER in Berlin, der andere, „Unser heutiges Volksbadewesen" betitelt, H. Dr. G. POELCHAU in Charlottenburg zum Verfasser. Beide Vorträge, welche nach Wunsch der d. Gesellschaft f. Vb. möglichst häufig reproduciert werden sollen, sind sowohl in der Art der Abfassung — historische Entwicklung und gegenwärtiger Stand des Volksbadewesens in Deutschland mit zahlreichen statistischen Belegen — wie in den Schlufsfolgerungen ziemlich gleichartig. Dieselben gehen dahin, dafs es sowohl vom finanziellen wie Reinlichkeits-Standpunkte aus am zweckmäfsigsten ist, in erster Linie möglichst viele kleinere Badeanstalten, wenn auch nur mit Brausebädern, zu errichten; zur Erbauung von grossen Schwimmbädern u. s. w. werden nur grössere Städte die Mittel haben (und bauen sie dann viel zu luxuriös und kostspielig, wie z. B. das MÜLLERsche sog. Volksbad in München, Referent). Aus dem Vortrage von POELCHAU seien noch die statistischen Angaben erwähnt, dafs auf je 18000 Einwohner in Deutschland je eine Badeanstalt kommt und dafs von 400 Städten mit mehr als 10000 Einwohner noch 61 gänzlich öffentlicher Warmbadeanstalten entbehren. Das Heft enthält weiter in Fortsetzung von Heft 2 eine Reihe kleinerer Mitteilungen über Volksbadewesen in verschiedenen Städten Deutschlands und vorgenommene oder beabsichtigte Verbesserungen, die neue Litteratur, das Verzeichnis der neu eingetretenen Mitglieder und schliefslich als besondere Beilage zwei statistische Karten, welche die Hauptergebnisse der Statistik in Heft 4 der Veröffentlichungen in farbiger Darstellung vor Auge führen. *Stern München.*

Die Störungen der Geschlechtsfunktionen des Mannes, von FÜRBRINGER-Berlin. Zweite, zum Teil neu bearbeitete Auflage. (ALFRED HÖLDER, Wien 1901.) FÜRBRINGER hat in der vorliegenden Neuauflage seines Werkes die ursprüngliche Gliederung des Materials unverändert gelassen; nach einleitenden anatomischen und physiologischen Vorbemerkungen behandelt er im 1. Abschnitte die krankhaften Samenverluste (krankhafte Pollutionen und Spermatorrhoe), im 2. Abschnitte die Impotenz und im 3. die Sterilität des Mannes. Auch bezüglich des Stoffes selbst sind grundlegende, prinzipielle Unterschiede gegenüber der ersten Auflage nicht zu vermerken, doch wurden selbstverständlich bei der Neubearbeitung neben weiteren eigenen Erfahrungen auch die neuen Veröffentlichungen in der Literatur berücksichtigt und kritisch gewürdigt. Dank zahlreicher Publikationen sind ja die Störungen der Geschlechtsfunktionen heute in weiteren ärztlichen Kreisen kein so unbekanntes

Gebiet mehr, wie sie es noch vor wenigen Jahren gewesen sind; doch sind die diesbezüglichen Kenntnisse unter den Ärzten immer noch nicht so weit verbreitet, wie es wünschenswert und notwendig ist. Fürbringer, der gestützt auf reiche persönliche Erfahrung und vollständige Beherrschung der Literatur in allen einschlägigen Fragen, so bezüglich des Wesens der Spermatorrhoe, der Bedeutung der Onanie, der angeblichen Gefahren der sexuellen Abstinenz etc. etc. sehr klar und nüchtern urteilt, behandelt das ganze Gebiet lückenlos, aber in gedrängter Kürze; sein Werk kann daher jedem Arzte, der sich über den Gegenstand informieren will, bestens empfohlen werden. *Göts-München.*

Die seborrhoischen Krankheiten: Seborrhoe, Akne, Calvities, von R. Sabouraud. (Masson et Cie., Paris 1902.) Mit dem vorliegenden Werke beginnt Sabouraud eine ausführliche Darstellung der Krankheiten der behaarten Kopfhaut. Er beabsichtigt, dieselben in Gruppen eingeteilt in mehreren Bänden zu schildern, und zwar sollen den seborrhoischen Krankheiten in einem weiteren Bande die exfoliativen Krankheiten, im 3. die suppurativen und exsudativen Affektionen, der Epidermis, dann die Alopecien und endlich die mykotischen Erkrankungen folgen; diejenigen Affektionen, die zu keiner dieser Gruppe gehören, sollen am Schlusse des grofs gedachten Werkes in einer alphabetisch geordneten Zusammenstellung aller beschriebenen Krankheiten erörtert werden. In der Einleitung betont Sabouraud, dafs es sich bei den Krankheiten der behaarten Kopfhaut zumeist wenigstens um Dermatosen handelt, die auch auf den unbehaarten Hautregionen vorkommen, auf der Kopfhaut aber infolge dieser Lokalisation gewisse Eigentümlichkeiten aufweisen, deswegen ist es nötig, stets eine Beschreibung der Affektionen, wie sie sich auf der unbehaarten Haut darstellen vorangehen zu lassen. So kommt es, dafs in dem vorliegenden ersten Bande der „Krankheiten der behaarten Kopfhaut" die Schilderung der Seborrhoe und der Akne der unbehaarten Haut reichlich ein Dritteil des ganzen Buches einnimmt.

Nach Sabouraud's Auffassung ist die Seborrhoe eine ausschliefslich durch Vermehrung der Produktion und der Ausscheidung von Sebum charakterisierte, nicht schuppende und nicht juckende Hautkrankheit, die durch eine Infektion der Talgdrüsen mit dem mehrfach beschriebenen Mikrobacillus hervorgerufen wird. Die desquamativen Affektionen der Epidermis, insbesondere die Pityriasis und das Unnasche Ekzema seborrhoicum sind streng von der Seborrhoe zu trennen, so oft sie auch gleichzeitig mit dieser vorkommen. Die seborrhoisch erkrankte Haut ist ein ausserordentlich günstiger Boden für sekundäre Infektionen und damit für die Entwicklung von Komplikationen, infolge dessen kommen sehr häufig Krankheitsbilder vor, die sich aus der Seborrhoe und einer anderen sekundär entstandenen Hautaffektion zusammensetzen, so ist die sogenannte Seborrhoea sicca nichts anderes als eine durch Pityriasis simplex komplizierte Seborrhoe. Die engsten Beziehungen zur Seborrhoe haben die verschiedenen Akneformen; bei diesen handelt es sich thatsächlich um seborrhoische Erkrankungen, weil sie nur auf seborrhoisch erkrankter Hant entstehen können, und zwar erst dann, wenn aus der seborrhoischen Primärläsion, dem Fettcylinder, durch cystische Umwandlung ein Comedo geworden ist. Erst aus den Comedonen entwickelt sich infolge sekundärer Infektion durch einen wenig virulenten „Staphylococcus mit grauen Kulturen" (Coccus butyricus) das Krankheitsbild der polymorphen Akne, das sich aus Efflorescenzen von Akne papulosa, pustulosa, suppurativa profunda und Akne indurata, sowie aus stark vergrösserten und cystisch degenerierten Comedonen zusammensetzt. Der Erreger der polymorphen Akne, der „Staphylococcus mit grauen Kulturen" ist sehr wenig widerstandsfähig; es wird durch

Phagocytose rasch zerstört, schon nach 14 Tagen ist in den Efflorescenzen nur mehr der Erreger der Seborrhoe, der Mikrobacillus, nachweisbar. Viel seltner als die polymorphe Akne kommen die drei monomorphen Aknearten, die Akne furunculosa, die Keloidakne und die Akne necrotica s. varioliformis vor; sie verdanken ihre Entstehung der Infektion von Comedonen durch Staphylococcus aureus, der in den von ihm verursachten Eiterungen, bezw. Efflorescenzen den Mikrobacillus überdauert. Auch einzelne desquamative Prozesse scheinen nur auf seborrhoischem Boden vorzukommen: es sind das die diffusen und die cirkumskripten fleckenhaften kleienförmigen Abschilferungen, die runden rötlichen oder braunen Pityriasisflecken, die Circinaria Payne, endlich das Besnier'sche parasitäre Ekzem. Soweit es sich bei allen diesen Prozessen nur um eine leichte Abschilferung handelt, findet man in und unter den Schuppen neben dem Mikrobacillus der Seborrhoe konstant den „Staphylococcus mit grauen Kulturen", bei stärkerer Abschilferung neben diesen beiden Arten auch noch den Malassez-Unna'schen Flaschenbacillus, der vielleicht nur eine Involutionsform des mehrfach genannten Staphylococcus ist. Eine nicht seltne Komplikation der Seborrhoe ist die Psoriasis, die auf seborrhoischem Boden gewisse Eigentümlichkeiten aufweist; sie nimmt ihren Anfang stets rings um die Orificien der Follikel und überzieht die ganze, seborrhoisch erkrankte Hautpartie; ihre Herde fühlen sich fettig an und sind durch Autoinokulation auf andere Hautregionen übertragbar. Eine weitere Komplikation der Seborrhoe, bezw. der Akne stellt das Auftreten regionärer Kongestionszustände dar, unter deren Einwirkung kann sich aus der gewöhnlichen Akne der Seborrhoiker eine Akne congestiva pustulosa und aus dieser weiterhin eine Akne hypertrophica entwickeln. Ausserdem führen lokale Kongestionszustände bei älteren Seborrhoikern nicht selten zu Neubildungen: hierher gehört die flache, senile, seborrhoische Warze, die contagiös ist, auf andere Hautpartien überimpft werden kann, die Struktur eines flachen Papilloms besitzt und sich wie die Akne hypertrophica nicht selten zu einem Epitheliom weiter entwickelt.

In ihrem Wesen vollständig identisch mit der Seborrhoe der unbehaarten Haut ist die Seborrhoe der behaarten Kopfhaut, die Sabouraud nach ihrem auffallendsten Symptom „Calvitie" nennt. Viel Beifall dürfte dieser Name wohl nicht finden, denn die Seborrhoe führt doch erst in ihrem Verlaufe ganz allmählich zur Kahlheit, während mit Calvities, Kahlköpfigkeit, ein fertiger, definitiver Zustand bezeichnet wird. — Wie die Seborrhoe der unbehaarten Haut wird auch die sogenannte Calvities durch den Mikrobacillus hervorgerufen; sie ist durch den Fluxus sebaceus charakterisiert, neben dem die durch die Lokalisation bedingten Symptome, lokale Hyperhidrose und Alopecie, in Erscheinung treten; sie geht nie mit Schuppenbildung einher, wird aber sehr häufig durch desquamative Prozesse kompliziert, wie sie auch auf der seborrhoisch erkrankten, unbehaarten Haut vorkommen; ausserdem ist nur noch die Akne necrotica als lokale Komplikation der Calvities zu nennen; im Gegensatz zur Seborrhoe der unbehaarten Haut kommt sie nahezu ausschliefslich bei Männern vor.

Es ist selbstverständlich, dafs Sabouraud, nachdem er schon die Seborrhoe der unbehaarten Haut eingehend geschildert, von der „Calvities" eine nach allen Richtungen hin erschöpfende Darstellung giebt. Insbesondere bespricht er am Schlusse die Behandlung sehr ausführlich und in sehr anschaulicher Weise, indem er nach der Beschreibung der Therapie im Allgemeinen praktische Beispiele für die Behandlung der verschiedenen Krankheitstypen anführt. Freilich, ein Mittel, mit dem wir die Seborrhoe zu heilen vermöchten, weifs auch Sabouraud uns nicht anzugeben. — Einzelheiten aus dem Werke herauszuheben und zu besprechen, ist hier nicht möglich. Es kam an dieser Stelle nur darauf an, in allgemeinen Umrissen Sabouraud's Auffassung bezüglich der seborrhoischen Affektionen im Zusammenhange klarzulegen.

Diese Auffassung wird bekanntlich durchaus nicht allgemein geteilt, aber auch ihre Gegner werden zugeben müssen, dafs sie einfach, einheitlich und klar ist. Einheitlichkeit und Klarheit zeichnen neben aufserordentlicher Gründlichkeit auch das ganze Buch aus, das sehr elegant und lebendig geschrieben, nicht nur bei den Dermatologen, sondern auch bei den praktischen Ärzten volle Anerkennung finden wird. Und allenthalben wird man dem Erscheinen der folgenden Bände mit lebhaftem Interesse entgegen sehen. *Götz-München.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Zur Behandlung der Syphilis mit intravenösen Sublimatinjektionen, von LICHATSCHEFF. (*Med. Obosrenje.* 1901. Septemberheft.) Verfasser kommt auf Grund seiner an 17 weiblichen Personen angestellten Versuche mit intravenösen Sublimatinjektionen unter anderem zu folgenden Schlüssen:

1. Die intravenösen Sublimatinjektionen (1 : 1000 — 1 : 500) sind ungefährlich; nur bei Personen mit arteriosklerotischen Gefäfsen soll man sie nicht machen.

2. Die Erscheinungen der kondylomatösen Syphilis schwinden zweifellos unter dem Einflufs der intravenösen Sublimatinjektionen, wenn auch im Verlauf derselben neue kondylomatöse Erscheinungen auftreten können.

3. Die intravenösen Injektionen wirken im allgemeinen schneller als die subkutanen.

4. Die intravenösen Injektionen üben keine Reizwirkung auf den Darmtractus oder die Mundhöhle aus.

5. Recidive treten nach intravenösen Sublimatinjektionen schneller und öfter als nach subkutanen Injektionen auf.

5. Die intravenösen Sublimatinjektionen können durchaus nicht als Universalmittel gegen das kondylomatöse Stadium empfohlen werden; sie verdienen aber einen Vorzug vor den anderen Behandlungsmethoden bei Neigung zu hartnäckiger merkurieller Stomatitis und wo die subkutanen Injektionen nicht zum gewünschten Ziele führen. *Arth. Jordan-Moskau.*

Die Behandlung der Syphilis durch Ingestion von Quecksilber, von L. BROCQ-Paris. (*Presse méd.* 1901. No. 29.) BROCQ redet der Einverleibung des Merkurs durch den Mund unter Umständen das Wort. Nicht in Pillenform, denn die Dosierung des Mittels ist dabei eine ungenaue und zuweilen der Mukosa des Digestionsapparates schädliche. Der Verfasser zieht vielmehr gelöste Salze vor, so den Liquor VAN SWIETEN und das Hydrargyrum bijodatum in wässeriger Lösung oder als Sirup. Entweder massive Dosen 1—2 pro Tag vor den Hauptmahlzeiten, was weniger wirksam ist und zuweilen reizend wirkt, oder in fraktionierten Dosen bis sechsmal pro die vor den verschiedenen Mahlzeiten. Die Darreichung mufs in grofsen Dosen von Flüssigkeit erfolgen, in Milch oder Vichy-Célestins. Hierbei geht es fast stets mit einigen vorübergehenden Leibschmerzen in den ersten Tagen der Kur ab. Noch besser fügt man jeder Dose der medikamentösen Lösung 5—20 Tropfen des Elixir parégorique

der französischen Pharmakopoe bei. Als Geschmackskorrigens wird man auf Anis zurückgreifen. Verträgt der Kranke die Milch nicht, so giebt man das Mittel in einem aromatischen Syrup. Störend wirkt für viele Patienten die fraktionierte Darreichung des Mittels, wodurch die Kur an Unauffälligkeit und Bequemlichkeit verliert. Doch läfst sich auch das vermeiden, wenn der Kranke eine entsprechende Lösung zur Verdünnung in graduierter Flasche immer bei sich trägt. Auch kann man das nötige Quantum des Mittels in Pastillenform in der Tasche tragen. Auf diese Weise läfst sich die Menge der jeweiligen Gabe des Medikaments genau so exakt bestimmen wie bei der Injektion. Der Kranke vermag allein und ohne Beihülfe seine Kur vorzunehmen. (Das erscheint dem Referenten als ein grofser Nachteil.) Man kann hohe Dosen geben, bis zu 20 g Liquor VAN SWIETEN pro die und erzielt binnen 8—14 Tagen definitive Resultate. Diese Dose entspricht 0,005—0,02 Sublimat für einen Tag. Seit 12 Jahren verwendet BROCQ diese Behandlungsmethode und sah davon bei allen Erscheinungsformen der Lues die besten Erfolge. Am Hôpital Broca-Pascal behandelte BROCQ in den letzten $3^1/_2$ Jahren erfolgreich 2000 Kranke mit digestiver Einverleibung von Quecksilbersalzen. *Hopf-Dresden.*

Oleum cinereum gegen Syphilis, von MAUL-Rosenheim. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 31.) Gegenüber STERN der jüngst in einem Vortrage „über Injektionskuren bei Syphilis" vor Oleum cinereum-Injektionen gewarnt hat, glaubt der Verfasser auf Grund seiner eigenen günstigen Injektionen von grauem Öl warm empfehlen zu müssen, „um die Mifskreditierung eines der am sichersten und angenehmsten wirkenden Mittel gegen Syphilis zu verhindern." Zu verwenden ist das Oleum cinerum benzoatum nach NEISSER, das Präparat mufs vor der Anwendung sterilisiert werden, dann bleibt jede örtliche Reaktion aus. (Wenn der Verfasser selbst bis jetzt wenigstens noch keine schlimmen Erfahrungen mit diesen Injektionen gemacht hat, so steht doch fest, dafs dieselben gar nicht selten üble Folgen haben. Es ist daher unerfindlich, warum sie von Zeit zu Zeit immer wieder empfohlen werden, da uns zur Injektionsbehandlung der Syphilis andere ebenso gut wirkende, aber ungefährliche Mittel zur Verfügung stehen. Ref.) *Götz-München.*

Schmierkur gegen intramuskuläre Einspritzung bei der Behandlung der Syphilis, von C. F. MARSHALL-London. (*Lancet.* 24. Aug. 1901.) Das Material zu seiner Mitteilung lieferten dem Verfasser 69 Patienten, von denen die Mehrzahl länger als ein Jahr unter Beobachtung blieben. Die Einspritzungen wurden einmal wöchentlich in die Glutäalgegend verabreicht; die Anzahl derselben variierte von 3—14; mittelst Platin-Iridiumnadel wurde 0,02 Sol. Alembroth in Lösung möglichst tief eingespritzt. Für die Schmierkur wurde eine Salbe von 2 Teilen Hg, 2 Teilen Lanolin und 1 Teil Olivenöl verwendet, wovon täglich ca. 2 g eingerieben wurden. Daneben erhielten fast alle Patienten Quecksilberpillen. Das Ergebnis war, dafs bei den Injizierten unter 37 Patienten 16 Rezidive vorkamen, während unter 32 Geschmierten nur 7 Rezidive (in milderer Form als bei ersteren) sich ereigneten.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Die Behandlung der Dermatosen des Vestibulums der Nase, von GAREL. (*Maladies des nez.* Nach *Journ. d. pratic.* 1901. No. 26.) Das Ekzem des Nasenvorhofs erfordert wie jedes Ekzem in erster Linie Allgemeinbehandlung, bestehend

in Regelung der Diät und Verabreichung interner Medikamente. Lokal werden zur Erweichung der Krusten in den untersten Teil der Nasenhöhlen Wattetampons eingeführt, die mit lauwarmer Borsäurelösung getränkt sind. Nach dem Abfallen der Krusten wird eine der folgenden Salben appliziert: Pic. liquid. 0,5—1,0; Acid. salicyl. 0,25—0,4; Vaselin. 15,0. M. f. ung.; oder eine 10% Perubalsam enthaltende Salbe; oder Ol. Juniperi empyreumat. 4,0; Vaselin., Lanolin. aa 10.0; Ol. Caryophyll. gtt. V. M. f. ungt. Hartnäckige Fälle sind mit 10%iger Höllenstein- oder Chromsäurelösung zu ätzen. — Die Behandlung der Sykosis des Nasenvorhofs besteht in Eröffnung der einzelnen Pustelchen, Waschungen des Vorhofs mit Sublimatlösung und Verabreichung von mehrmals täglich wiederholten Nasenbädern in warmer Sublimat- oder Phenosalyllösung. Zur Vermeidung von Rezidiven werden zweimal täglich einige Minuten lang Wattetampons eingeführt, die mit $^1/_2$%iger Sublimatlösung getränkt sind. — Beim Bestehen eines Furunkels muſs die Nase häufig in einer antiseptischen Lösung gebadet und thunlichst lang mit Leinsamenkataplasmen bedeckt werden, bis die Eröffnung des Furunkels und das Ausdrücken des Eiterpfropfs möglich ist.

Götz-München.

Zur Ekzemfrage, von Jacob Frédéric-Bern. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 38.) Trotz Unnas gegenteiliger Ansicht hält der Verfasser die Sterilität der primären, unkomplizierten Ekzemefflorescenzen für eine erwiesene Thatsache. Dagegen fand er, wie auch die übrigen Autoren, in den späteren Stadien der Ekzeme stets Mikroorganismen, und zwar am häufigsten Staphylococcus pyogenes aureus, viel seltener Staphylococcus pyogenes albus. Auſserdem fand er in 17 von 27 daraufhin untersuchten Ekzemen Streptokokken, die er übrigens auch bei den verschiedenartigsten anderen Dermatosen überraschend häufig, nämlich in 53,7% der untersuchten Fälle und auf normaler Haut in 7,5% der untersuchten 160 Stellen antraf. Die durch Applikation reizender Stoffe hervorgebrachten artefiziellen Dermatitiden verhalten sich bakteriologisch im ganzen ebenso wie die banalen Ekzeme, auch hier giebt es primäre, sterile Efflorescenzen, insbesondere sterile Eiterpusteln, auch hier sind weiterhin speziell gelbe Staphylokokken auſserordentlich häufig und zahlreich zu finden, viel seltener weiſse Staphylokokken und Streptokokken. Sowohl bei den artefiziellen Dermatitiden wie bei den Ekzemen scheinen die sekundären Infektionen wenigstens in vielen Fällen keine oder keine sehr groſse Bedeutung für den Krankheitsverlauf zu haben. — Eine sichere Unterscheidung zwischen artefiziellen Dermatitiden und Ekzemen wird auch durch die klinische Betrachtung durchaus nicht in allen Fällen ermöglicht. Der Verfasser hat nun bei der histologischen Untersuchung artefizieller Dermatitiden allerdings Differenzen gegenüber den histologischen Befunden bei Ekzem konstatiert; dieselben sind jedoch der Hauptsache nach quantitativer Natur und reichen zu einer sicheren Unterscheidung zwischen beiden Gruppen ebenfalls nicht aus. *Götz-München.*

Ekzem in Bezug auf Lebensalter, von M. Morris-London. (*Lancet.* 4. Mai 1901.) Im Säuglingsalter ist die seborrhoische Form die gewöhnliche Erscheinung. Zur Behandlung bei starker Sekretion empfiehlt M. Zink-Crême. Man mischt Oleum olivarum (8) mit Lanolin (1) im Wasserbad zusammen, setzt nach dem Erhitzen Aqua calcis (8) zu und mischt Zinkoxyd (7) noch hinein. Dies wirkt auſserordentlich gut austrocknend. Beimischungen wie Ichthyol etc. sind auch zweckmäſsig.

Im Kindesalter ist das Ekzem auch oft seborrhoischer Art, während zur Zeit der Pubertät neben dieser auch die trockene Form, Xeroderma, häufig ist. Ferner findet man oft ein Abwechseln mit nervösen Störungen, Asthma und rheumaloider Arthritis. Bei Erwachsenen sind die Fälle von akutem universellem Ekzem nach Erkältungseinflüssen und anderen Schädlichkeiten besonders bemerkenswert, wofür

Verfasser ein Beispiel anführt. Therapeutisch ist dabei Tartarus stibiatus (0,002) dreimal täglich gegeben von grofsem Werte. Diese ganz akuten Fälle können kaum durch Mikroorganismen bedingt sein, vielmehr dürften nervöse Momente wirksam sein. Im weiteren bespricht M. die Bedeutung des Alkohols beim Ekzem, Intertrigo an Oberschenkeln und Skrotum, das mit varikösen Venen verbundene Ekzem, sowie das in Form von rundlichen, chronischen Läsionen auftretende Ekzem an den Unterschenkeln. Für letzteres sind Salben mit Salicylsäure (0,6 : 30), Resorcin (1 : 30), Pyrogallussäure (0,3 : 30), oder Chrysorobinsalbe zu empfehlen, während für die variköse Form Zinkleim und Watte den besten Verband abgiebt. Zur Zeit der Menopause sieht man häufig Ekzem des Kopfes und Gesichts mit nervösen Störungen verbunden auftreten. Für solche sind Ichthyoltabletten oder Pillen (0,15—0,6) indiziert. Als zweite Spezialform dieses Lebensalters kommen akute Ekzeme der Vulva und des Anus öfters vor. Im Greisenalter ist der quälende Juckreiz bei trockener Haut eine prominente Erscheinung. Man scheue dann nicht vor Narkotika zurück. Vorzügliche Resultate hat M. durch Darreichung von Opium in Gaben von 0,02 dreimal täglich gesehen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Beitrag zur Phototherapie des Ekzems, von Ernst Hellmer. (*Blätter f. klin. Hydrother.* 1901. No. 7.) Ein Fall sehr ausgedehnten pustulösen und krustösen Ekzems, der bereits zwei Monate bestand, wurde den roten Sonnenstrahlen ausgesetzt. Ein gewölbtes Verdeck, mit dunkelrotem Kattun überzogen, wurde über den Kranken gestülpt; der Kopf wurde mit Kühlkappe bedeckt. Jede Sitzung dauerte 1½ Stunden; alle 5 Minuten mufste Patient seine Lage ändern, um alle Körperteile bescheinen zu lassen. Nach jeder Sitzung ein kaltes Regenbad und halbstündiger, scharfer Spaziergang, ohne vorher abzutrocknen. Schon nach dem zweiten Sonnenbade waren die Krusten eingetrocknet, das Jucken hörte ganz auf. Nach sieben Sitzungen in zwölf Tagen war alles unter Zurücklassung livid pigmentierter Flecke geheilt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Behandlung des Ekzems, von Gaucher. (*Journ. d. pratic.* 1901. No. 17.) Gaucher rechnet das Ekzem zu den aus einer Verlangsamung des Stoffwechsels resultierenden Diathesen. Die wirkliche, primäre Ursache des Ekzems ist eine Autointoxikation, doch bedarf es zum Zustandekommen einer Ekzemeruption aufserdem noch einer Gelegenheitsursache, die in einer Irritation der Haut durch chemische oder physikalische Reize oder durch Mikrobien, in Störungen des Gesamtorganismus z. B. infolge der Menstruation, der Menopause, der ersten Dentition (? Ref.) oder in nervösen Einflüssen, Schrecken, Furcht etc. bestehen kann. Die anatomischen Grundlagen des akuten Ekzems sind Kongestion der Gefäfse des Derma und Wucherung des Bindegewebes der Papillen, die des chronischen Ekzems Verdickung und Induration des Derma. Aus all dem ergiebt sich, dafs einerseits bei jedem Ekzem gleichzeitig eine ätiologische oder interne und eine anatomische oder lokale Behandlung erforderlich ist, und dafs andererseits die lokale Behandlung des akuten Ekzems eine andere sein mufs als die des chronischen.

Die interne Behandlung ist für die akuten wie für die chronischen Formen die gleiche. Prophylaktisch sind bei den prädisponierten Individuen alle äufseren Reize, die eine Ekzemeruption veranlassen können, fernzuhalten. Des weiteren sind alle Nahrungsmittel, die im Darme leicht Gährungs- und Fäulnisprozesse verursachen, sowie die stickstoffhaltigen Nahrungsmittel, soweit sie Extraktivstoffe enthalten, zu verbieten, insbesondere Fleischbrühe, Fische, Wurstwaren, reife Käse, ferner saure Speisen, alkoholische Getränke, Kaffee und Thee. Aufserdem sind von Zeit zu Zeit Purgantien zu verabreichen. Während des Bestehens einer Ekzemeruption ist der Gebrauch von

Alkalien, in gewissen Fällen auch der Gebrauch eines schwachen abführenden Wassers am Platze, bei schwächlichen Patienten mit lymphatischem Habitus der Gebrauch der leichten schwefligen Quellen und des Leberthrans. Bei chronischem Ekzem, aber auch nur bei diesem ist Arsenik indiziert.

Bezüglich der lokalen Behandlung des akuten Ekzems stellt GAUCHER den Satz auf: „Das Ekzem ist heilbar durch Wasser und zwar durch Wasser allein." Dasselbe ist abgekocht in Form feuchter Verbände, die zweimal täglich erneuert werden, anzuwenden. Bei stark nässenden Ekzemen mufs vor dem Anlegen dieser Verbände einige Zeit ein indifferentes Pulver aufgestreut werden; bei starker Krustenbildung sind kalte, aus gekochtem Stärkemehl hergestellte Kataplasmen zu applizieren. In manchen Fällen kann man an Stelle der feuchten Verbände mit gutem Erfolg Aufpinselungen von Acidum picricum in 1%iger wässeriger Lösung verwenden; die Pinselungen werden, wenn sie keine Reizung der Haut verursachen, jeden zweiten Tag wiederholt. — Nach dem Abheilen der Eruption wird die Haut mit einem indifferenten Pulver oder mit einer indifferenten oder einer leicht adstringierenden Salbe bedeckt.

Beim chronischen Ekzem besteht die Hauptaufgabe der lokalen Behandlung darin, nach Beseitigung der Krusten durch Applikation von irritierenden und adstringierenden Substanzen eine akute Exacerbation herbeizuführen. Das beste Mittel zu diesem Zwecke ist das Oleum Juniperi empyreumaticum (Oleum cadinum), das je nach der Reizbarkeit der Haut pur oder mit Öl im Verhältnis von 1 : 2 —1 : 10 verdünnt oder in Form von Salben angewendet wird. Die Verwendung von Ichthyol, das vielfach an Stelle des Kadeöls gebraucht wird, widerrät GAUCHER, „da es ein schlechtes Präparat ist". Brauchbare Medikamente sind dagegen Tannin, Liquor Plumbi subacet., Unguent. diachylon, Hydrargyr. praecipitat. album, Borsäure, Salicylsäure, Naphtol, Argent. nitricum, Sublimat und Kaliseife in alkoholischer Lösung. Gegen das Jucken empfiehlt der Verfasser neben Chloral, Karbolsäure und Menthol die GOWLANDsche Solution, die folgende Zusammensetzung hat: Sublimat., Ammon. chlorat. ää 0,1; Aq. Laurocer. 10,0; Aq. dest. 240,0.

Nach diesen Ausführungen, die bezüglich mancher Einzelheiten anfechtbar sind, bringt die Besprechung der Therapie der Ekzeme je nach ihrer Lokalisation nichts Besonderes mehr. *Götz-München.*

Bemerkungen über Ekzembehandlung, von W. R. J. DALTON-New York. (*Philadelph. med. Journ.* 13. Juli 1901.) Die Ursache des Ekzems (aufser dem seborrhoischen) sucht Verfasser unentwegt in einer übermäfsig sauren Reaktion des Magendarminhalts und behandelt demgemäfs dasselbe, sowie manche andere Hautkrankheiten durch interne Medikation und Diät. Letztere besteht hauptsächlich in Beschränkung oder gar gänzlicher Vermeidung von Fleischnahrung, sowie von Hafergrütze, Erdbeeren und Zucker. Erstere in der Darreichung von Naphtalin, Holzkohle und Ipecacuanha. In letzter Zeit giebt er bei skophulöser Diathese auch folgende Pillen: R. Ammon. sulphoichthyolat. 11,25, Acid. arsenicos. 0,24, Glycyrrhiz. q. s. f. pil. 180. S. Nach jeder Mahlzeit 1—2 Stück zu nehmen. Daneben werden aber auch lokale Mittel angewandt. Es wird interessant sein zu erfahren, ob D. auf diese Weise bessere Resultate erzielt als andere Ärzte. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von chronischem Ekzem, geheilt mit 4%iger Sublimatlösung, von E. SCIPIADES. (*Orvosi-hetilap.* 1901. No. 18.) Die Patientin führt den Anfang ihres Leidens auf 12 Jahre zurück, welches zu dieser Zeit als ein beinahe auf den ganzen Körper ausgebreitetes nässendes Ekzem sich präsentierte, später auf zirkumskripten Stellen sich lokalisierte. Patientin wurde während dieser 12 Jahre von

allen möglichen Ärzten mit dem ganzen Ekzemarzneischatze behandelt, ohne dafs sich irgendwelche nennenswerte Besserung zeigte. Auch Verfasser behandelte sie während zwei Jahren mit demselben ungünstigen Resultate. Verfasser, der nebenbei Amateurphotograph ist, machte die Bemerkung, dafs er in einer 4%igen Sublimatlösung, welche bei der Manipulation der Negativplatten benutzt wird, selbst mehrere Stunden lang die Hände halten konnte, ohne dabei welche Unannehmlichkeit beobachtet zu haben. Wenn aber diese Flüssigkeit eine exkoriierte Stelle der Haut traf, so entwickelte sich daselbst eine Entzündung, welche kurz und prompt heilte. Verfasser verwendete nun auch bei der Patientin auf einer der zirkumskripten Ekzemstellen eine 4%ige Sublimatlösung in Form von Umschlägen. Ein Stück Watte getränkt mit dieser Flüssigkeit wurde auf die erkrankte Stelle gelegt, darüber Billrothbattist und Verband. Nach einer halben Stunde entwickelte sich starkes Brennen, welches in 1½ Stunde sich derartig steigerte, dafs der Verband entfernt werden mufste. Nach einigen Stunden entwickelte sich das Bild einer Verbrennung zweiten Grades. Darauf wurde eine 10%ige Borsalbe appliziert, im Verlaufe von acht Tagen trat restitutio ad integrum ein, welche noch Monate nachher anhielt. Auf den anderen Stellen machte Verfasser blofs tägliche Einreibungen, nach 4—5 Tagen entwickelte sich ebenfalls Entzündung, nur nicht in demselben hohen Mafse; nach jeder Zurückbildung dieser Entzündung wurden diese Einreibungen fortgesetzt, bis die Haut ihre normale Farbe und Konsistenz erhielt. Verfasser kommt nun zu dem Schlusse: 1. dafs die 4%ige Sublimatlösung auf der gesunden Haut selbst nach Stunden langer Anwendung weder als Kaustikum noch Entzündungserreger sich zeigt; 2. hingegen auf chronisch entzündete Hautstellen appliziert, wird die chronische Entzündung zur akuten und wirkt im letzteren Falle als mildes Kaustikum und energisches Desinficiens die Aufsaugung befördernd bei parasitären Hauterkrankungen als ausgezeichnetes Mittel.

A. Alpár-Alexandria.

Über atypische Psoriasis, von Albrecht Beyer. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1901. No. 34.) Um in die Fälle atypischer Psoriasis Ordnung hineinzubringen, teilt Verfasser sie ein in;

1. Fälle, bei denen die Psoriasis zusammen mit anderen Hautleiden vorkommt, a) bei demselben Individuum, b) an derselben Hautstelle.

2. Wirkliche Variationen, vom gewöhnlichen Typus abweichende Formen der Psoriasis und die aus den Psoriasiseffloreszenzen hervorgehenden weiteren krankhaften Veränderungen.

1a. Die Psoriasis kann sich mit vielen anderen Dermatosen kombinieren, wie Ekzem, Scabies, Akne, Sykosis, Pityriasis versicolor, Herpes zoster, Lichen ruber planus, Seborrhoe, Molluscum contagiosum, Epitheliom, Syphiliden etc.

1b. Kombination von Psoriasis und anderen Hautleiden an derselben Hautstelle können auftreten, indem die Psoriasis bald das primäre oder sekundäre Leiden bildet.

2. Wirkliche Atypien können erstens so gestaltet sein, dafs andere Hautleiden vorgetäuscht werden; so ist besonders die Ekzemähnlichkeit ebenso häufig, wie wichtig. Ähnlichkeit mit Lupus kommt vor. Sehr bemerkenswert ist die Psoriasis verrucosa. Eine pigmentierte Form kommt vor, auch ohne therapeutische Eingriffe.

Eine Atypie in Bezug auf die Anordnung der Effloreszenzen kommt vor. Jadassohn berichtete über eine kleincircinäre Psoriasis. Auch der Sitz der Psoriasis kann ein atypischer sein; streifenförmige Anordnung, halbseitiges Ergriffensein. Sitz an der Handfläche und Fufssohle sind in dieser Richtung hervorzuheben. Auch die Schleimhauteffloreszenzen sind hierher zu zählen. Verfasser fügt einen Bericht über drei Fälle, in denen Psoriasis und Ichthyosis sich kombinierten, zwei, bei denen sich

auf Grund vorhandener Dermatosen, Exkoriationen und Scabies, Psoriasis entwickelte, zwei Fälle ekzemähnlicher Psoriasis, zwei Fälle, in denen Lichen ruber planus vorgetäuscht wurde, endlich einen, bei dem die Gelenkbeugen, die Kontaktstellen der Haut, die Palmae manuum fast ausschliefslich den Sitz der Psoriasis bilden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Polyarthritis psoriatica, von José Baquero y Tresaries. (*Revista iberoamericana de ciencias medicas.* 1901. No. 10.) Verfasser beschreibt einen Fall von Psoriasis, der von rheumatischen Schmerzen in den Gelenken begleitet war. Er neigt zur Ansicht, dafs die Psoriasis eine Infektionskrankheit sei; das infektiöse Agens übt zunächst seine Wirkung aus auf das Nervensystem, woraus sekundär die Veränderungen in den Gelenken entstehen, und zwar unter Erscheinungen, welche sie von den anderen Arthropathien unterscheiden lassen. *C. Müller-Genf.*

Über Psoriasisbehandlung, von E. Morgenstern-Tölz. (*Ther. d. Gegenw.* Juni 1901.) Verfasser giebt eine umfassende Schilderung seiner Behandlungsweise mit Seifenbädern, Chrysarobin, Salicylschwefelpasta, Präcipitat-Wismuthsalbe. Innerlich giebt er Arsenpräparate und Jod, welches er besonders in der Form des Jodalbacids für zweckmäfsig hält. Die Arbeit enthält meist bekannte Dinge.

Bernhard Schulze-Kiel.

Ein Apparat zur Vertreibung der Intertrigo, von Smester. (*Ztschr. f. Krankenpflege.* 1901. No. 4.) Derselbe besteht aus zwei dünnen Platten von vulkanisiertem Kautschuk, an denen zwei elastische Bänder befestigt sind und aus einem Gürtel. Die Platten legen sich der Innenseite der Oberschenkel an; die Bänder werden an dem Gürtel befestigt. Der Apparat heifst „Paramers".

Jessner-Königsberg i. Pr.

Beitrag zum Studium der Ätiologie und Pathogenese der schwarzen Haarzunge (mit 9 Figuren im Text), von A. Lucet-Courtenay. (*Arch. de Parasitol.* 20. Mai 1901.) Als Ergebnis einer längeren, ausführlich mitgeteilten Reihe von Untersuchungen des Verfassers an einem einschlägigen Falle bei einem 84jährigen, hemiplegischen Greise sind folgende Hauptpunkte hervorzuheben: Die von Raynaud u. a. beobachteten runden und ovalen, lichtbrechenden Körperchen, welche als Pilzsporen im ätiologischen Zusammenhang mit der Affektion gebracht werden, hat L. ebenfalls konstatiert. Bei stärkerer Vergröfserung erscheinen sie als runde oder ovale Körperchen mit doppelter Kontour und hyalinem, eine variable Anzahl von sehr kleinen, lichtbrechenden Körperchen einschliefsendem Protoplasma. Mit Gramscher Lösung färben sie sich sehr intensiv; deutlichere Bilder erhält man mit Karbolthionin oder mit Lugolscher Lösung. Auf Raulinscher und Cohnscher Flüssigkeit mit einem Zusatz von 5% Glykose anhydrid wuchsen bei 37° C. diese Gebilde, die L. als Saccharomyces linguae pilosae bezeichnet, zu einer reichlichen Kultur mit vielen langen, fast myceliumartigen Gliedern aus. Auch auf anderen sauren und auch neutralen und alkalischen Medien gedieh der Pilz namentlich bei Zusatz von Glykose oder Laevulose; Mannit, Laktose und Kuhmilch dagegen eignen sich nicht als Nährmittel. Verhindert wird das Wachstum auch sehr präzise durch Zusatz von Jodtinktur (5%) und von Pikrinsäure, was für therapeutische Zwecke nicht ohne Bedeutung ist. Bei weifsen Mäusen wirkte die intraperitoneale und auch die subcutane Injektion eitererregend und sogar tötlich, Hühner, Meerschweinchen und Kaninchen wurden dadurch nicht weiter affiziert. Versuche, bei Kaninchen die Affektion an der Zunge damit zu erzeugen, mifslangen gänzlich. Somit ist zwar der Beweis, dafs diese Blastomyces die Ursache der Nigrities linguae sei, noch nicht erbracht, doch dürfte es sich verlohnen, derselben weitere Aufmerksamkeit zu schenken. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Bemerkungen über Ringworm, von A. Ravogli-Cincinnati. (*New York med. Journ.* 1901. No. 26) R. faſst unter Ringworm all die Affektionen zusammen, welche auch Tinea tonsurans, Herpes tonsurans, Trichophytie genannt werden; übereinstimmend mit Sabouraud, dem bedeutendsten Forscher auf diesem Gebiete, nimmt R. nun an, daſs zwei verschiedene Erkrankungen bei der Tinea tonsurans trichophytica auseinanderzuhalten sind. Die eine Art, durch das schon vor mehr als 50 Jahren entdeckte Mikrosporon Audouini verursacht, ist auſserordentlich ansteckend und sehr schwer zu behandeln. Die mikroskopischen Charaktere des Parasiten sind Kleinheit der Sporen, die klinischen der Krankheit, daſs sie blos bei Kindern vorkommt und nur den Kopf befällt. Die andere Form wird durch das wirkliche Trichophyton, welches groſse Sporen zeigt, verursacht, ein charakteristisches Merkmal ist die kreisförmige Anordnung der Hautveränderungen. Sabouraud nimmt wieder mehrere Unterabteilungen dieser letzteren Affektion, je nach dem bakteriologisch-mikroskopischem Befunde, an. Die Übertragung beider Hauptarten geschieht entweder von Mensch auf Mensch oder von Tieren — das Trichophyton ist weitverbreitet unter Pferden, Katzen, Hunden und Geflügel — auf Mensch. Die hartnäckigere Form der Trichophytie ist die auf behaarte Teile beschränkte, weil der in den Follikeln wachsende Parasit eingeschlossen und vor der Wirkung der angewandten Heilmittel geschützt ist. Herpes tonsurans kann den ganzen behaarten Kopf ergreifen oder auf ganz kleine Stellen jahrelang beschränkt bleiben. Von subjektiven Symptomen ist nur mäſsiges Jucken vorhanden. Die Krankheit sitzt nur in der Epidermis und nie in den tieferen Hautschichten, hinterläſst daher keine Narben oder dauernde Alopecie. Was die Behandlung betrifft, so genügt dazu jedes Mittel, welches im stande ist, die Epidermis abzulösen; wenn die Haare und die Haarfollikel ergriffen sind, so muſs man natürlich die Epilation vornehmen. Die alte Wilkinsonsche Salbe, von Hebra modifiziert, hat R. immer befriedigende Resultate in fast allen Formen von Trichophytie gegeben; bei Tinea tonsurans des behaarten Kopfes und auch des Körpers hat sich als antiparasitäre Flüssigkeit 1%ige Sublimatlösung, nicht länger wie 30 Minuten täglich angewandt, bewährt. In prophylaktischer Beziehung glaubt R., daſs zur Reproduktion der Tinea tonsurans immer direkte Berührung der verschiedenen Gebrauchsgegenstände (Handtücher, Kämme, Bürsten) notwendig ist; in unbemittelten Familien, mit mehreren Kindern sind daher fast alle von der Krankheit befallen. Der chronische Charakter derselben und die lange Zeit, welche zur Behandlung der Tinea tonsurans des Kopfes nötig ist, sprechen dagegen, die Kinder von der Schule fernzuhalten; sie sollten vielmehr in dieselbe geschickt werden, um in einem eigenen Zimmer zusammen unterrichtet zu werden. Ein anderer Platz, wo die Krankheit leicht verbreitet wird, ist bekanntlich die Barbierstube. Mit der nötigen Vorsicht, glaubt jedoch R., kann die Tinea tonsurans sehr wohl an der Weiterverbreitung verhindert und die Zahl der Fälle vermindert werden. *Stern-München.*

Über den Krankheitserreger der Impetigo circinnata (figurata, annularis), von Török. (*Gyógyászat.* 1901. No. 31.) Verfasser hatte Gelegenheit, drei Fälle von Impetigo circinnata bakteriell und kulturell zu untersuchen. Die Resultate seiner klinischen Beobachtungen als auch seiner histologischen Untersuchungen decken sich mit der Ansicht von Matzenauer, daſs die Foxsche Impetigo contagiosa und die Impetigo circinnata zusammengehörige Prozesse sind, und auch seine bakteriologischen Untersuchungen haben dieses bestätigt, indem es ihm gelang, zu bestimmen, daſs der Streptococcus pyogenes bei der Impetigo figurata ebenso nachzuweisen ist als bei der Foxschen Impetigo. *A. Alpár-Alexandria.*

Pityriasis versicolor mit besonderer Berücksichtigung der Allenschen Jodprobe, von J. Sobel-New York. (*Philad. med. Journ.* 1. Juni 1901.) Pinselung mit Lugolscher Lösung bewirkt, wie Allen hervorgehoben hat, je nach der Intensität des Hautleidens eine mehr oder weniger intensiv braune Färbung der Pityriasisgebiete, wodurch sie sich scharf gegen die gesunde Umgebung abheben. Dieses Mittel ist diagnostisch und namentlich für Demonstrationszwecke gut zu verwenden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Entfernung von Pityriasis versicolor, von M. Porosz-Toppen. (*Ther. d. Gegenw.* August 1901.) Verfasser empfiehlt Pinselungen mit Jodtinktur, deren Verwendung bei Pityriasis versicolor er nur bei Kaposi erwähnt gefunden hat. (Tinct. Jod. bei Pit. vers. ist allgemein bekannt; Jarisch und Lederмann erwähnen das Mittel gleichfalls. Ref.) Rascheres Resultat, aber nur für unbehaarte Stellen anwendbar, erzielt Verfasser mit Kaliumhydroxydlösung (1 : 3); sie wird aufgepinselt und nach einigen Minuten werden die kranken Partien mit einem stumpfen Messer abgekratzt. Recidive nicht selten! *A. Loewald-Cassel.*

Die Seborrhoe behandelt mit Benzin, von R. W. Leftwich. (*Brit. med. Journ.* 5. Jan. 1901.) Zur leichteren Entfernung der fettigen und festhaftenden, mit den Haaren verklebten Krusten bei der Seborrhoea capitis verwendet Verfasser das Benzin, welches er mit einem Pinsel aufpinselt. In wenigen Minuten verschwinden zuweilen derartige Krusten. Der starken Entfettung mufs ein kurzes Einfetten der Kopfhaut nachfolgen. Um den Geruch des Benzins zu verdecken, setzt Verfasser demselben einige Tropfen Oleum geranii zu. Bei milden Fällen von Seborrhoea oleosa benutzt Verfasser eine Mischung von Benzin und Spiritus rectificatus. *C. Berliner-Aachen.*

b. *der Cutis.*

Die Behandlung von Abscessen, von Charles Lester Leonard-Philadelphia. (*Internat. Mag.* Mai 1901.) Die frühzeitige Vernichtung des infektiösen Agens in dem primären Herd ist die beste Methode, einen Abscefs zu behandeln. Es mufs daher, sobald die Gegenwart einer Infektion festgestellt wird, ohne erst das Eintreten von Fluktuation abzuwarten, operiert werden, um die volle Entwicklung des Abscesses (Gewebseinschmelzung) zu verhüten. Die Incision hat so stattzufinden, dafs der Eiter abfliefsen kann; zur Entleerung tiefliegender Abscesse empfiehlt Verfasser die Anwendung von sterilisiertem Boroglycerid, das vermöge seines hohen spezifischen Gewichts in alle Taschen und Winkel gelangt. Bei schweren Infektionen mufs Auskratzung mit dem scharfen Löffel erfolgen. Zur Ausspülung benutzt Verfasser in leichteren Fällen erst 1 : 1000 Sublimat, dann physiologische Kochsalzlösung, in schwereren erst 1 : 1000 Sublimat, dann 1 : 5000 Sublimat und tamponiert mit Sublimatgaze (1 : 5000). Jodoform verwendet Verfasser nur für tuberkulöse Abscesse, sonst nicht, da das freiwerdende Jod zu heftig wirkt und den Heilungsprozefs verzögert.

A. Loewald-Cassel.

Über die Eiterungen an der oberen Extremität und ihre Behandlung, von Mauclaire. (*Journ. d. pratic.* 1901. No. 28.) Von der ausführlichen Abhandlung interessiert hier vorzugsweise der Abschnitt, der von den oberflächlichen Phlegmonen und Abscessen der Finger, den Panaritien handelt. Diese teilt der Verfasser ein in subepidermale und subcutane Panaritien. Bei den subepidermalen Panaritien lassen sich mehrere Varietäten unterscheiden und zwar 1. das erythematöse Panaritium, charakterisiert durch starkes Jucken, aus dem sich bald ein klopfender Schmerz entwickelt. Der Finger ist rot, die Haut ist geschwollen, die Bewegungen verursachen Schmerz. Die Form heilt häufig in 2—8 Tagen spontan ab. 2. Das phlyktaenoide Panaritium, ausgezeichnet durch die Bildung einer epidermalen, mit trübem Serum

gefüllten Blase, die sich oft rings um den ganzen Finger erstreckt. Auch diese Form, die zumeist durch Staphylokokken und Streptokokken hervorgerufen wird, kann spontan abheilen. 3. Das periunguale oder subunguale oder retrounguale Panaritium. — Bei den subcutanen Panaritien sind zu unterscheiden 1. das eigentliche subcutane Panaritium, das sich häufig aus einem subepidermalen Panaritium entwickelt, und 2. das anthrakoide Panaritium, der Anthrax oder Karbunkel des Fingers, der zumeist in der Haut der ersten Phalanx und zwar auf der dorsalen Seite seinen Sitz hat. Bei dieser Form kommen — im Gegensatz zur vorigen — keine Allgemeinstörungen, Fieber etc. vor; sie stellt eine rein lokale Entzündung dar. *Götz-München.*

Über Behandlung von Geschwüren mittelst ausstrahlender Wärme, von TARABRIN. (*Wratsch.* 1901. No. 23.) Die schlechten Resultate, welche Verfasser bei Behandlung von weichen Geschwüren, Bubonen etc. mit den üblichen Streupulvern etc. erzielte, veranlafsten ihn, zum Paquelin zu greifen, den er bis zur Rotglut erhitzte und aus einer Entfernung von 5—6 cm auf das Ulcus einwirken liefs. Wenn der Kranke bei dieser Entfernung nichts spürt, nähert Verfasser den Paquelin bis zu 2 cm, um ihn aber sofort wieder in die alte Distanz zurückzuführen, sobald Patient über Brennen klagt. Der Kranke soll nur das Gefühl starker Wärme haben. Indem Verfasser diese Art Behandlung täglich zu 2—3 Minuten ausübte, ist er bei Ulcera mollia, Bubonen etc. zu sehr guten Erfolgen gekommen, so z. B. verheilten die Ulcera mollia bereits nach 2—5 Sitzungen. Unangenehme Nebenerscheinungen werden nicht beobachtet. *Arth. Jordan-Moskau.*

Über Lichen vom histologischen Standpunkte aus, von M. DOCKRELL-London. (*Lancet.* 20. Juli 1901.) An der Hand von mikroskopischen Präparaten, von denen 2 sehr hübsch abgebildet sind, sowie von seinen klinischen Beobachtungen erklärt sich D. ganz präzis dahin, dafs Lichen ruber acuminatus und planus Stadien einer und derselben Krankheit und von Pityriasis rubra pilaris durchaus verschieden sind. Die Affektion fange immer als Lichen acuminatus an, um dann in den Planuszustand überzugehen, dem manchmal ein hypertrophisches und gelegentlich auch ein verruköses Stadium folge. Bei den letzteren Stufen sind die Haarfollikel und Schweifsdrüsen auch öfters sekundär affiziert. Diese Auffassung des englischen Forschers, welche er ausführlich begründet, dürfte auf dem Kontinent kaum Widerspruch begegnen.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Histologische, bakteriologische und experimentelle Untersuchungen über das Rhinosklerom, von U. MANTEGAZZA. (*Lo Sperimentale.* 1901. No. 111.) Es wurden bekanntlich drei Theorien über die Natur der Rhinoskleromkörperchen aufgestellt: nach der einen sollten dieselben Blastomyceten darstellen, andere behaupteten, dafs es weiter nichts als Bacillen seien, die von einer schleimigen Masse umhüllt sind; andere endlich betrachteten sie als hyaline Degeneration. Von diesen drei Theorien fällt die erste dahin, weil es bisher noch niemandem gelungen ist, Kulturen von Blastomyceten aus Rhinosklerommaterial zu kultivieren und mit Erfolg auf Menschen oder Tiere zu übertragen. Aufserdem werden die RUSSELschen Körperchen bei den verschiedensten pathologischen Prozessen angetroffen, unter anderen auch bei Affektionen, deren pathogenes Agens wohl bekannt ist — Tuberkulose, Erysipel —; auch lassen sie sich experimentell bei akuten und chronischen Intoxikationen — Sublimat und Phosphor — erzeugen. Was die zweite Hypothese anbelangt, so erscheint dieselbe nicht besser annehmbar, weil in den Zellen, welche die Körperchen enthalten, niemals Formen anzutreffen sind, die im entferntesten Bacillen ähnlich sehen. Die grofse Mehrzahl der Autoren nimmt an, dafs es sich um eine hyaline Degeneration handelt.

Dies möchte Verfasser ebenfalls nicht so ohne weiteres hinnehmen. Er meint vielmehr, dafs bei einigen Rhinoskleromelementen zweierlei Arten von pathologischen Prozessen stattfinden: die betreffenden Zellen zeigen zunächst nur eine Anomalie in ihrer sekretorischen Thätigkeit. Unter der fortdauernden Reizwirkung von aufsen gehen sie sodann tiefgreifendere Veränderungen ein und verwandeln sich schliefslich in eine Masse, die mit einem lebenden Stoffe nichts mehr gemein hat. Auf Grund seiner Experimente nimmt Verfasser ferner an, dafs der von Frisch entdeckte Bacillus wirklich der spezifische Pilz des Rhinoskleroms ist. *C. Müller-Genf.*

Dermatitis blastomycetica der Glutaealgegend, von F. G. Harris-Chicago. (*Am. Journ. med. Science.* Mai 1901.) Die Neubildung war von ovaler Form, 10 cm lang und 6 cm breit, und bestand aus einer Ansammlung von papillomatösen Knoten, welche mikroskopisch manche Ähnlichkeit mit einem Epitheliom aufwiesen. Dabei fanden sich noch die typischen doppelt-konturierten, runden oder ovalen Körperchen mit körnigem, stark sich färbendem Protoplasma. Nach der Totalexstirpation hat sich bei der 78jährigen Patientin kein Recidiv gezeigt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über einen in Algerien beobachteten Fall von Framboesia, welcher durch einen Staphylococcus bedingt zu sein scheint, von P. Busquet und J. Crespin-Algier. (*Arch. de Parasitol.* 20. Mai 1901.) Die Diagnose scheint nicht zweifelhaft zu sein, wenn auch in Algerien das Leiden im allgemeinen nicht zu Hause ist. Es handelte sich um eine 29jährige Frau, bei der im Laufe der letzten 5 Monate auf dem linken Fufsrücken dicht nebeneinander 6 weichliche, gestielte, violettrote, zum Teil ulcerierte Geschwülste von variabeler Gröfse und unregelmäfsiger, etwas an eine Himbeere erinnernder Oberfläche entstanden waren. Beide Unterschenkel waren ödematös verdickt, was von der Geburt an bestanden haben soll. Syphilis und Lepra konnten ausgeschlossen werden. Die Abtragung mittelst Thermokauters war erfolgreich, indem bisher (7 Monate nachher) ein Recidiv nicht aufgetreten ist. Aus dem Blute der Tumoren wurde ein dem Staphylococcus pyogenes aureus in mancher Beziehung ähnlicher Mikroorganismus gezüchtet. Derselbe fand sich meist gehäuft in Kolonien in der Gröfse von 1,5 μ und oft als Diplococcus. Auf Kartoffel wächst er in 48 Stunden zu einer schmutzig weifsen Kolonie aus, verflüssigt Gelatine nur langsam, trübt aber Bouillon binnen 12 Stunden. Für Meerschweinchen und Kaninchen war er nicht pathogen. In den von den Tumoren angefertigten Schnitten fand er sich sowohl in den Gefäfsen wie in dem (etwas an Sarkom erinnernden) Gewebe. Verff. glauben, dafs der von Pierez beschriebene Micrococcus framboesiae mit diesem vielleicht identisch ist. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Aktinomykosis circumscripta der Wange, von Gaucher und Lacapère-Paris. (*Presse méd.* 1901. No. 37.) Eine 36jährige Frau wies auf der rechten Wange einen flachen, harten, der Haut anhängenden Tumor mit tiefroten Rändern, einem violettroten Zentrum und einigen gelblichen Punkten auf, der sich, wenn auch nicht ohne Schwierigkeit, aber doch sicher von der Lues wie Tuberkulose und Cancroid abtrennen liefs. Das Vorhandensein einiger Fisteln und gelber Körner im Eiter erweckten den Verdacht auf Aktinomykose, der sich später bestätigte. Die Infektion der Kranken erfolgte durch direkte Ansteckung vom Tier ohne Zwischenglied. Bemerkenswert ist aufserdem, dafs nicht die Mundschleimhaut, sondern die Haut selbst der Wange der Ansteckung erlegen ist. *Hopf-Dresden.*

Ein Fall von Aktinomykosis beim Menschen, von Littledale-Dublin. (*Brit. med. Journ.* 5. Jan. 1901.) Die Affektion begann bei dem 23jährigen Patienten vor

4 Monaten mit einem kleinen, harten Knoten unter dem linken Ohrläppchen zwischen dem Kieferwinkel und dem Processus mastoideus. Die Schwellung wurde stetig gröfser und erstreckte sich, als der Patient ins Hospital kam, vom linken Ohrläppchen rund um die hintere Fläche des Halses zum rechten Ohr, weiter nach der rechten vorderen Halsseite hinab bis zum Sternum. In der Nackengegend zeigte die braunrote, schmerzhafte Schwellung Fluktuation. Es wurde eine Incision gemacht, und eine grofse Menge übelriechenden und blutigen Eiters abgelassen. Weder die mikroskopische noch die bakteriologische Untersuchung ergab die für Aktinomykosis typischen Befunde.

Der Fall verlief letal. Verfasser teilt das Resultat der Autopsie und der histologischen Untersuchung der Haut mit. Die Befunde deckten sich hier zumeist mit den von UNNA in seiner Histopathologie beschriebenen. Was die in den Geweben gefundenen Mikroorganismen betrifft, so handelt es sich um eine der verschiedenen Streptothrixformen, deren jede, wie DEAN nachwies, imstande ist, Aktinomykose hervorzurufen, *C. Berliner-Aachen.*

Ichthyol bei Erythema nodosum, von A. BROWNLIE. (*Brit. med. Journ.* 5. Jan. 1901.) In einem sehr schweren, mit Fieber und intensiven Schmerzen verbundenen Falle von Erythema nodosum bei einer 55 Jahre alten Patientin gebrauchte Verfasser das Ichthyol in folgender Zusammensetzung:

℞ *Ichthyol ammon.* 7,5
Spir. vin. rectific.
Aetheris ää 10,0
D.S. Zum Aufpinseln.

Der Erfolg war ein ausgezeichneter. Bei der Bereitung des Mittels mufs darauf geachen werden, dafs zuerst der Spiritus mit dem Äther gemischt, und dann das Ichthyol zugesetzt wird. *C. Berliner-Aachen.*

Dermatomyositis, von BONNET. (*Lyon méd.* 1901. No. 27) Der Verfasser konstatierte bei einem 59jährigen, anämischen, abgemagerten Manne ein derbes Ödem des ganzen rechten Vorderarms; die Haut war glänzend und leicht gerötet, die darunter liegenden Muskeln geschwollen und hart. Aufserdem fand sich deutliche Milzschwellung. Bei Bewegungen empfand der Kranke heftige Schmerzen in der rechten Lendengegend, die in den Muskeln ihren Sitz hatten. Die Temperatur war normal, auch sonst war nichts Abnormes nachzuweisen. Drei Monate, bevor dieser Befund erhoben wurde, war bei dem Patienten ein ziemlich starkes Ödem der oberen Gesichtshälfte aufgetreten, das nach 14 Tagen wieder verschwand. Der Verfasser glaubt, dafs es sich hier um einen Fall von Dermatomyositis handelt, der allerdings von den bisherigen Beschreibungen dieser seltenen Krankheit in mehreren Punkten abweicht; insbesondere fehlen Fieber, Hautaffektionen und profuse Schweifse. Da aber die charakteristischen Hauptsymptome vorhanden sind, mufs der Fall doch als Dermatomyositis aufgefafst werden, und zwar ist das der erste in Frankreich publizierte Fall.
Götz-München.

Pustula maligna, Bericht über 2 Fälle, von J. M. G. CARTER-Wankegan. (*St. Louis med. Rev.* 31. Aug. 1901.) Beide Fälle endeten mit Genesung. Die Behandlung bestand in Kauterisieren mit Karbolsäure, antiseptischen Mafsregeln, Darreichung von Calciumsulphid (0,006, vorerst stündlich) und sonstigen symptomatischen Mitteln.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Anthrax mit ausgiebiger meningealer Blutung, von J. C. STURDY-Bradford. (*Brit. med. Journ.* 20. Juli 1901.) Bei dem 33jährigen Wollarbeiter fand sich

am vierten Krankheitstage eine 50pfennigstückgroſse Anthraxpustel ohne entzündliche Umgebung oder Ödem. Sofortige ausgiebige Excision beseitigte die Schmerzen, aber tags darauf trat plötzliche Erblindung, Delirium, Strabismus und Mydriasis ein und in wenigen Stunden Exitus letalis. Man fand zwischen Arachnoidea und Pia mater eine ausgedehnte Blutung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über ödematösen und erysipelatoiden Anthrax, von J. H. Bell-Bradford. (*Brit. med. Journ.* 20. Juli 1901.) Verfasser verfügt über 6 sehr präzise Fälle dieser Art, von denen 3 tötlich verliefen. Die Hauptschwierigkeit für die Diagnose bietet die Ähnlichkeit der Affektion mit Erysipel. In therapeutischer Beziehung rühmt B. das Chinosol. Er gab in dem einen Falle 0,06 g per os alle 3 Stunden und liefs eine 4%ige Lösung mittelst Zerstäubers inhalieren. Auch wurden damit subcutane Injektionen an den ergriffenen Stellen täglich ausgeführt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die durch Manipulieren mit Pferdehaar bedingte Gefahr des Anthrax und deren Beseitigung, von A. Scott-Glasgow. (*Brit. med. Journ.* 20. Juli 1901.) Im Anschluſs an einige praktische Beobachtungen empfiehlt Scott folgende Vorsichtsmaſsregeln:

1. Alle Arbeiter sollen Schutzmäntel tragen.
2. Niemand soll mit irgend welcher Hautverletzung, die nicht absolut gegen Infektion geschützt wird, zur Arbeit zugelassen werden.
3. Die Arbeiter sollen sich häufig waschen, namentlich vor den Mahlzeiten.
4. Alle Erkrankungen sind sofort anzuzeigen.
5. Die ankommenden Ballen mit Haaren sollen sofort in Wasser getaucht werden und nur in feuchtem Zustande verarbeitet werden.
6. Die Haare sollen etwa 30 Minuten lang behufs Reinigung gekocht und alsdann eben so lange einem Dampfe von 0.15 Atmosphären ausgesetzt werden, oder auch man desinfiziert mit einer 2%igen Lösung von Kalium permanganicum unter nachheriger Verwendung einer 3%igen Lösung von schwefliger Säure zur Entfärbung.
7. Allen Staub und Abfall soll man sorgfältig verbrennen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Milzbrandkarbunkel, von Hanasievicz. (*Militärarzt.* 1901. No. 11 u. 12.) Der Patient, welcher sich beim Roſshaarzupfen infiziert hatte (das Roſshaar stammte aus Ungarn und Galizien und war nur mangelhaft desinfiziert), erkrankte mit einem hellergroſsen, schwärzlichen Schorf, der von teils hellen, teils blutigen Bläschen umgeben war und auf einem wallnuſsgroſsen ödematösen Knoten saſs. Die Behandlung bestand, nachdem Anthraxbacillen mikroskopisch nachgewiesen waren, in der Anlegung eines tiefen Kreuzschnittes. So wurde die Infektion lokalisiert und der Patient genas. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von Milzbrandkarbunkel, von Amand Ravold-St. Louis. (*St. Louis Courier.* Juli 1901.) Der Fall betraf eine 38jährige, verheiratete Frau, welche sich einen Spreiſsel in den kleinen Finger gestoſsen hatte; derselbe wurde entfernt und die Wunde antiseptisch gereinigt. Nach einigen Tagen traten jedoch heftige Schmerzen an derselben auf, nach 12 Tagen waren sowohl der Finger wie der ganze Arm geschwollen und an der Stelle der Verletzung hatte sich allmählich ein Bläschen mit eiterndem Grunde und nekrotischer Umgebung gebildet, Axillardrüsen schmerzhaft, Fieber bis über 39°. Die bakteriologische Untersuchung des Geschwürinhaltes lehrte, daſs es sich um eine wirkliche Milzbrandpustel handelte; nach Ätzung mit reiner Karbolsäure trat Heilung ein. Woher dieser vereinzelte Fall von Milzbrand beim

Menschen stammte, konnte R. nicht eruieren; Milzbrand ist unter den Tieren in St. Louis und Umgebung sehr selten, seit 1895, wo eine Anzahl von Fällen unter den Haustieren vorgekommen sind, aber durch energische Maßregeln die Epidemie rasch unterdrückt wurde, ist kein einziger Fall mehr bekannt geworden. Die Ätiologie des vorliegenden war daher nicht zu ermitteln. *Stern-München.*

Beitrag zum Studium der Therapie des Milzbrandes; Serum von Mendez, von Cerruti. (*La Semana med.* 1901. No. 15.) Auf Grund seiner Untersuchungen und Beobachtungen erklärt Verfasser, daß das Serum von Mendez ein Spezificum bei Pustula maligna repräsentiert. In Fällen mittlerer Intensität triumphiert es für sich allein in wenigen Stunden über das Übel. In schweren Fällen sieht man nicht selten, daß nach der ersten oder zweiten Injektion die Intensität der Erscheinungen zunächst zunimmt, um dann beträchtlich und in kurzer Zeit wieder abzunehmen. Mäßige Kauterisation ist indiziert; ebenso dienen lokale Antiseptica, gastrointestinale Desinfizientia, Herztonica, sowie allgemeine Stimulantia als nützliche Unterstützungsmittel der Serotherapie. *C. Müller-Genf.*

Über den Einfluß der Einspritzung von Merkursalicylat auf die Elephantiasis ulcerosa der unteren Extremitäten, von R. Duhot. (*Ann. policl. centr.* 1901. No. 5.) Der Verfasser beobachtete den überaus günstigen Einfluß der Einspritzungen von salicylsaurem Quecksilber auf Ulcerationsbildung und Umfang elephantiastischer unterer Extremitäten an fünf mitgeteilten Fällen. Eine Krankengeschichte sei als Beispiel mitgeteilt. Ein 54jähriger Mann litt seit jungen Jahren an Varicen, deren eine im 34. Lebensjahre des Mannes platzte. Der Kranke behandelte sich selbst mit „Ölpapier" (mit Öl getränktem Papier), was eine Lymphangitis der ganzen Extremität zur Folge hatte. Seitdem fortwährend febrile Schübe von Lymphgefäßentzündungen. Starke Drüsenbildung der betreffenden, linken Seite. Augenblicklich nimmt eine Ulceration, welche bandförmig erscheint und 4—5 cm Breite hat, eine Länge von etwa 10 cm ein und erstreckt sich längs der Innenseite der Tibia bis zu dem Knöchel. Ein zweites zirkuläres Geschwür von geringerer Ausdehnung über dem Gelenk. In der Umgebung Ekzem. Um die Knöchel herum papilläre Veränderung der Haut. Sonst überall Varicen. Maße: an der Wade 49 cm (rechts 40), über den Knöcheln 35 cm (rechts 27,5), Fußbeuge bis Ferse 43 cm (rechts 33). Kein Eiweiß im Urin. Keine Spur von Syphilis. Abnahme der Maße nach fünf Injektionen von je 10 cg und gleichzeitiger Bandage auf 37 cm, 27 cm für die ersten beiden Maßstellen, also Abnahme um 12 bezw. 8 cm. Heilung der Geschwüre erfolgte ebenfalls bald. Das Ekzem und die quadrilläre, papilläre Dermatitis schwanden, die Haut wurde glatt, die Bubonen vergingen. Die Heilung bestand ein Jahr nach der Entlassung des Kranken noch fort. Die Technik der Injektionen ist bekannt. Die Einspritzungen selbst wurden sehr gut vertragen. *Hopf-Dresden.*

Über die Ätiologie des Erysipels und sein Verhältnis zu den pyogenen Infektionen, von Jordan-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 35.) Auf Grund einer kritischen Würdigung der bezüglich der Ätiologie des Erysipels vorliegenden Beobachtungen und Untersuchungen kommt Jordan zu folgenden Schlußfolgerungen: Das Erysipel ist ätiologisch keine spezifische Erkrankung. Am Kaninchenohr kann typisches Erysipel nicht nur durch Streptokokken, sondern auch durch Staphylokokken, Pneumokokken und Bacterium coli erzeugt werden. Das Erysipel beim Menschen wird in der Regel von Streptococcus pyogenes verursacht, kann aber auch, wie einwandfreie Beobachtungen ergaben, durch Staphylococcus aureus hervorgerufen werden. Die Frage, ob auch die fakultativen Eitererreger, wie Pneumo-

kokken, Bacterium coli, Typhusbacillen beim Menschen Erysipel erzeugen können, ist noch als eine offene zu bezeichnen. — Diese ätiologische Auffassung steht in vollem Einklang mit den klinischen Verhältnissen. Denn auch der Typus der Erkrankung ist kein konstanter, vielmehr kommen eine Reihe von Variationen vor, z. B. fieberlos verlaufende Erysipele. Bei diesen verschiedenen Formen handelt es sich nur um Intensitätsstufen derselben Erkrankung. die Unterscheidung von Erysipelen und Pseudoerysipelen ist bei dem jetzigen Stand der Lehre nicht mehr haltbar. Bezüglich der Ätiologie wie des Vorkommens von Variationen liegen bei der akuten Osteomyelitis die gleichen Verhältnisse vor wie beim Erysipel; wie jenem, so kommt auch dem Erysipel unter den nicht spezifischen chirurgischen Infektionskrankheiten die früher angenommene Sonderstellung nicht zu. *Götz-München.*

Klinisches Studium über das Erysipel, von Roger. (*Arch. général. de méd.* Juli 1901.) Die Untersuchungen des Verfassers erstrecken sich über 1568 Fälle von Erysipel. Aus seiner Statistik geht vor allem die bedeutende Häufigkeit der Affektion beim Erwachsenen hervor, ferner das Auftreten des Erysipels ohne jedes Trauma, mit Ausnahme des Erysipels der unteren Extremitäten; ferner die Verschiedenheit in der Art des Auftretens, des Verlaufes und des Ausganges. Die Mortalität betrug 4,65%. Bei Kindern unter zwei Jahren nimmt das Erysipel meist einen schweren Charakter an, dagegen verhält es sich bei älteren Kindern wie beim Erwachsenen.

C. Müller-Genf.

Zwei verhängnisvolle Fälle — Pemphigus und Erysipel — bei Kindern, von Frank S. Meara-New York. (*Med. News.* 31. Aug. 1901.) Ausführlichste, mit Abbildungen und den Fieberkurven versehene, Beschreibung obiger zwei Fälle. Der Pemphigus betraf ein sieben Monate altes, vorher ganz gesundes Kind, dessen Vater Fleischer war; er war vor allem an den Hinterbacken ausgeprägt, verlief unter ziemlich hohem Fieber (bis 40°) und endete nach 13 Tagen tötlich. Die Behandlung hat hauptsächlich in kühlen Packungen bestanden. Die Autopsie ergab aufser dem akuten Pemphigus noch Bronchopneumonie und akute Meningitis cerebrospinalis. In der eingehenden Epikrise dieses Falles erwähnt M. das häufige Vorkommen von Pemphigus bei Fleischern oder Personen, die mit Tieren zu thun haben; in diese Kategorie von Fällen würde auch der vorliegende gehören. Der Fall von Erysipel betraf ein vorher gesundes Kind im Alter von drei Monaten; die Temperatur stieg bis über 41° C., es handelte sich um ein typisches Erysipelas migrans, welches nur die Füfse und Kopfhaut verschonte; der Tod trat 13 Tage nach dem Beginn der Erkrankung ein. Die Behandlung hatte in äufserer Anwendung von 50%iger Ichthyolsalbe, innerer von Eisenchloridtinktur, Sorge für Stuhlgang, Bäder und, wenn nötig, in Stimulantien bestanden. Als springenden Punkt vorliegender Arbeit wirft Verfasser schliefslich die Frage auf, ob es einen spezifischen Erreger für Erysipel, ob es einen solchen für Pemphigus giebt; kein Fall von Pemphigus ist in jenen Stadtteilen nach der Erinnerung einer 33jährigen Praxis, keiner von Erysipel sei in New York in den letzten vier Jahren vorgekommen (? Ref.). In beiden beschriebenen Fällen waren nun Magendarmstörungen vorhanden und M. glaubt, dafs diese insofern Anteil an der letalen Infektionskrankheit hatten, als die Faeces toxisches Material lieferten, welches die Widerstandsfähigkeit der Gewebe verminderte; diese boten dadurch einen geeigneten Boden für Keime, welchen sie unter normalen Bedingungen widerstehen. Keime, die, saprophytischer Natur, im normalen Organismus ständig vorhanden sind, könnten dann unter so veränderten Bedingungen pathogene Wirkung annehmen, dadurch wäre auch das plötzliche Entstehen der beiden Infektionsfälle — der Streptococcus pyogenes als Erreger des Erysipels und der Staphylococcus pyogenes aureus als solcher des

Pemphigus angenommen — zu erklären. Die verschiedensten Erscheinungen von Infektion, so lautete der Schluſs des Verfassers, können von identischen oder ähnlichen Keimen entstehen, nach welchen nicht an geheimnisvollen Orten zu forschen ist, sondern die stets im Körper anwesend, nur die geeignete Gelegenheit ergreifen, wenn irgend eine leichte Störung in den Funktionen des Organismus eintritt.

Stern-München.

Über die Behandlung des Erysipels mit Serum von an Erysipel erkrankten Individuen, von Valentin Jez. (*Wien. med. Wochenschr.* 1901. No. 35.) Verfasser entnahm einen an Erysipel erkrankten Patienten Blut aus der Vena mediana mittels Pravazspritze und gewann daraus das Serum, welches er anderen Erysipelatösen subcutan injizierte. Eine Stunde darauf stieg die Temperatur, die dann aber in 24 bis 28 Stunden allmählich zur Norm herabging. Die lokalen Erscheinungen gingen auch bald zurück. — Später gewann Verfasser das Serum durch blasenziehende Mittel, er erreichte damit gleich gute Mischungen mit Wasserstoffsuperoxyd. Jod etc. bewährte sich nicht. — Zehn Fälle hat Verfasser so behandelt; von sechs giebt er die Temperaturtabellen. — Die Wirkung erklärt Verfasser nicht durch Neutralisierung der Streptokokkentoxine, sondern durch Vermehrung der Leukocyten, Beeinflussung der lebenden, reaktionsfähigen Zellen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Behandlung des Erysipels mit Ichthyolpinselungen, von Eschle-Hub. (*Heilkunde.* 1901. No. 6.) Verfasser giebt folgendes Verfahren zur Erysipelbehandlung an: Die erkrankte Stelle und ein breiter Strich der umgebenden gesunden Haut wird dick mit reinem Ichthyol bestrichen und kurz darauf mit einer „spinngewebe- bis battisttuchdicken" Schicht Watte bedeckt. Nach dem Antrocknen derselben wird eine stärkere Lage Watte lose daraufgebunden. Männer werden vor Beginn dieser Prozedur noch einmal rasiert. Sofort nach dem Aufstreichen empfinden die Kranken Abnahme der Hauttension. Eine zweite Aufpinselung machte sich fast nie notwendig. In der Regel erfolgte innerhalb einer Woche Abschuppung mit Hervortreten neuer rosiger Epidermis, also Heilung. *Hopf-Dresden.*

Über eine Form von Chorea im Verlaufe eines Erysipels berichtet Foraca. (*Rif. med.* 1901. Bd. II, No. 1.) Verfasser erwähnt mehrere derartige Fälle wo sich im Verlaufe eines Erysipels eine Chorea ausbildete. In einem derselben, der ebenfalls in Heilung überging, vermochte Verfasser aus der Rückenmarksflüssigkeit, aus dem Blute und dem Urin einen Pilz zu züchten, der sich als der Streptococcus zu erkennen gab. *C. Müller-Genf.*

Über den Staub der Arundo donax-Linné bei der Pathogenese einer in ihren Erscheinungen zwischen dem polymorphen Erythem und dem phlegmonösen Erysipel schwankenden Dermatitis, von Lisanti. (*Rif. med.* 1901. Bd. II, No. 23.) Verfasser stellt sich den Hergang bei der Entstehung des so sehr variablen Symptomenbildes in Fällen von toxischen Dermatitiden durch den Staub der Arundo donax in der Weise vor, daſs der Kontakt mit dem genannten Staube zunächst ein einfaches polymorphes Erythem verursacht. Auf der Basis eines solchen gestaltet sich sodann die Haut zu einem empfänglicheren Felde für die Bacillen die frei in der Luft zirkulieren, speziell für den Streptococcus von Fehleisen, den spezifischen Pilz des Erysipels. *C. Müller-Genf.*

Über nosocomiale Gangrän, von Al. Brabec. (*Wien. klin. Rundsch.* 1901. No. 20.) Aus der im Anschluſs an einen Fall gegebenen Schilderung der nosocomialen Gangrän ist nur hervorzuheben, daſs Verfasser gleich Vincent die Urheber des Leidens

in charakteristischen Stäbchen und Spirillen sieht, von denen letztere gerade die ausschlaggebenden sind. Die von MATZENAUER geschilderten 23 Fälle, bei denen stets 4—5 μ lange, schlanke Stäbchen gefunden wurden, lassen die Frage aufwerfen, ob es sich hier nicht um phagedänische Geschwüre gehandelt hat, zumal die für nosocomiale Gangrän charakteristischen Allgemeinerscheinungen: enorme nervöse Reizbarkeit, Fieber, Durchfälle, fehlten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die bei Gangrän vorgefundenen und den Säuren widerstehenden Bacillen, von A. FOLLI. (*Rif. med.* 1901. Bd. III, No. 50.) Verfasser hat in drei Fällen von Gangrän (nach Erysipel etc.) Bacillen nachgewiesen, welche sämtlich zur Gruppe derjenigen gehören, welche bei der Färbung der Wirkung der Säuren widerstehen und in dieser Hinsicht mit dem Tuberkelbacillus übereinstimmen, von dem sie sich aber andererseits durch bestimmte morphologische Kennzeichen unterscheiden. Ihre Widerstandskraft den Säuren gegenüber steht aber unter derjenigen des KOCHschen Bacillus. Verfasser will zwar die Heilbarkeit der Tuberkulose nicht bestreiten, glaubt aber andererseits, dafs es sich in vielen Fällen, welche angeblich, nachdem bei denselben im Sputum Bacillen vorgefunden wurden, die als spezifische anerkannt worden, um einen diagnostischen Irrtum gehandelt haben könnte. Seine Bacillen in Reinkultur zu züchten gelang es dem Verfasser niemals. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Noma mit ausgedehnter Soorbildung in hohem Alter, von O. ZUSCH-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 20.) Bei einem 66jährigen, kachektischen Manne wurde gleichzeitig starke Soorbildung im Bereiche der Mundschleimhaut und das Auftreten einer Schwellung der rechten Wange konstatiert. Während sich nun der Soor trotz energischer Behandlung rasch nach hinten verbreitete, entwickelte sich aus der Schwellung eine typische, unaufhaltsam weiter schreitende Noma. Nach ca. dreiwöchentlicher Krankheit erfolgte der Exitus. Die Sektion ergab diffuse, fibromatöse Degeneration des Herzmuskels und weitverbreitete, hochgradige Arteriosklerose; an der Aorta abdominalis, an beiden Arteriae iliacae communes und an den Hypogastricae fanden sich zahlreiche sackförmige Aneurysmen. Die Soorpilzwucherung war über die ganze Mundschleimhaut, den Pharynx, den oberen Teil des Ösophagus, die Epiglottis, den Kehlkopf und die Trachea ausgebreitet, der Knorpel der Epiglottis war fast total zerstört. Aufserdem fand sich noch ein ziemlich frisches Ulcus duodeni. Am Rand des Wangendefektes waren zahlreiche, differente, fadenförmige Fäulnisbakterien nachzuweisen. Im Soorbelag des Kehlkopfes fanden sich neben den Soorpilzen Staphylokokken. — Als eigentliche Ursache für die Entstehung der Noma mufs in diesem Falle wohl die Arteriosklerose betrachtet werden, deren schädliche Wirkung durch die hochgradige Stomatomykose und durch den Druck der Molarzähne auf die kranke Wangenschleimhaut unterstützt wurde. Für eine parasitäre Genese im Sinne einer spezifischen Nomainfektion, wie sie von manchen Autoren angenommen wird, ergab die bakteriologische Untersuchung keine Anhaltspunkte. Die Zerstörung des Kehldeckelknorpels war die Folge einer Sekundärinfektion mit Staphylococcus pyogenes aureus. *Götz-München.*

Ein Fall von Heilung des Wasserkrebses (Noma), von ACHERLEDIANI. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 25.) In einem Falle von ausgeprägter Noma nach Scharlach bei einem neunjährigen Jungen wandte Verfasser, nachdem Paquelinisierung und Chlorzinkätzung versagt hatte, Pyoktanin in 1 %iger Lösung an, mit dem Erfolge, dafs in wenigen Stunden Stillstand des Prozesses, Reinigung der Geschwüre, Schwinden des Geruches eintrat und die Heilung in kurzer Zeit erfolgte. Das Mittel ist 1899 von POLJAKOFF empfohlen worden. *A. Loewald-Cassel.*

Zur Therapie des Wangenkrebses, von Richard Schweitzer-Moskau. (*Allg. med. Centralztg.* 1901. No. 45 u. 46.) Zunächst bedarf der Titel der Arbeit einer Richtigstellung. Verfasser macht nicht Mitteilungen zur Therapie des Wangenkrebses, sondern zur Therapie des Wasserkrebses (Noma). Er schildert die zweifelhaften Erfolge der bisher angegebenen therapeutischen Maßnahmen und beschreibt dann die im Kinderspital der heiligen Olga in Moskau geübte Therapie. Dieselbe besteht in Entfernung des Gangränösen durch Ausschabung der ganzen nomatösen Oberfläche mit scharfem Löffel, Durchspülung mit Borsäure oder Kalium permangan. (heiß), Einreiben der Wunde mit Jodoform, schließlich Applikation eines trockenen Verbandes. Kann nicht gleich alles Gangränöse in einer Sitzung entfernt werden, so wird die Wunde, nachdem sie mit Jodoform eingerieben, mit Wattebäuschchen, in 0,1 Kalium permangan.-Lösung getränkt, bedeckt und die Ausschabung am nächsten Tage wiederholt. Wiederholung der Ausschabung auch, wenn die Gangrän fortschreitet. Täglich ein- bis zweimal Einreiben der Wunde mit Jodoform und „öfters" sorgfältige Durchspülung mit Kalium permang.-Lösung. Besondere Aufmerksamkeit ist der Ernährung der Kranken und der Desinfektion der Luft zu schenken. Während 1895 von drei Nomafällen zwei tötlich endeten, starb von 1896 ab von sechs in beschriebener Weise behandelten Fällen nur einer, und zwar an Septikämie, die anderen Patienten wurden gesund. Verfasser teilt die Krankengeschichten dieser Fälle mit, die sämtlich masernkranke Kinder betrafen. Ein letzter, ausnahmsweise nicht so behandelter Fall verlief tötlich. *A. Loewald-Cassel.*

Heilung von Noma durch Diphtherieserum, von Strauwen. (*Presse méd. belge.* 1901. No. 27.) Verfasser hatte Gelegenheit, kurz nacheinander in zwei benachbarten Häusern bei Kindern armer Familien zwei Fälle von Noma oder Mundgangrän zu sehen. Das erste Kind ging zu Grunde, da der Arzt erst im Stadium der Agonie gerufen wurde. Das zweite Kind, ein Mädchen von fünf Jahren war stets gesund gewesen. Die ersten Erscheinungen der Krankheit wurden von den Eltern als Entzündung infolge eine kariösen Zahnes angesehen. Der Arzt sah das Kind etwa 48 Stunden nach der Konstatierung der ersten Symptome. Unerträglicher Geruch bis zum Hausflur. Das Gesicht entstellt, die linke Wange hart und enorm geschwollen, die Haut rotviolett. Das konsekutive Ödem reicht bis hinter die Ohren und zur Clavicel. Durchmesser der kranken Wange etwa 3 cm. Auf der Mukosa mortifizierte grauweiße Beläge mit eitriger Absonderung. Nach Einspritzung von 20 cg Diphtherieheilserum fiel die Temperatur von 40° auf 38° und das Fortschreiten des Prozesses sistierte. Nach einer zweiten Injektion von 10 cg weiteres Sinken der Temperatur bis zur Norm unter Abnahme aller übrigen Erscheinungen. Sollte die Krankheit Noma diphtherischen Ursprungs sein? Oder hat das Diphtherieserum neue ungekannte therapeutische Eigenschaften? *Hopf-Dresden.*

Verschiedenes.

Zur dermatologischen Diagnostik, von Oskar Liebreich, E. Lesser und R. Ledermann in Berlin. Aus: *Der Ausbau im diagnostischen Apparat der klinischen Medizin*, herausgegeben von Martin Mendelsohn-Berlin (J. F. Bergmann, Wiesbaden 1901.) Drei kurze Aufsätze, der erste von Liebreich über Phaneroskopie und Glasdruck für die Diagnose des Lupus vulgaris und einiger Hautkrankheiten, der zweite von Lesser über die Bedeutung der Moulagen für den Unterricht und das Studium der Dermatologie, der dritte von Ledermann über die modernen Hilfsmittel für die Diagnostik von Hautkrankheiten (Hinweis auf die Bedeutung, welche die Mikroskopie, Bakteriologie, die physikalischen und chemischen Methoden für die Diagnostik haben.) Neues bringen die drei Aufsätze nicht. *Götz-München.*

Aus dem preufsischen Staatshaushaltsetat für 1902. „Die Statistiken der Neuzeit über das Vorkommen von bösartigen Neubildungen bei Menschen haben ergeben, dafs die Zahl der durch Krebserkrankungen veranlafsten Todesfälle zugenommen hat. Zur Bekämpfung dieser Krankheit hat sich ein Komitee für Krebsforschung zusammengeschlossen; der Betrag von 10000 Mk. soll dazu dienen, diese Forschungen durch Beihülfen zu fördern und zu unterstützen.

Neben der vom Krebskomitee zu veranstaltenden Sammelforschung erscheint es im hohen Grade wünschenswert, dafs durch Tierexperimente sowie durch botanische, mikroskopische und bakteriologische Untersuchungen geprüft wird, ob die Krebskrankheit durch belebte Krankheitserreger hervorgerufen wird, ob sie übertragbar ist, ob sie bei gewissen Tieren oder Pflanzen vorkommt, und ob es möglich ist, sie auch auf nicht chirurgischem Wege zu behandeln und zu heilen. Diese Untersuchungen setzen voraus, dafs eine längere Zeit hindurch eine gröfsere Anzahl von frischen Krankheitsfällen zur Beobachtung und Behandlung zur Verfügung steht. Zweckmäfsig geschieht dies in Anlehnung an die erste medizinische Klinik (v. Leyden) der Charitee, deren Leiter schon seit Jahren der Erforschung der Krankheit sein besonderes Interesse zugewendet hat. Da es in der Charitee an Räumen für diesen Zweck fehlt, so ist die Herstellung von drei Baracken in Aussicht genommen. Davon ist eine für die genannten wissenschaftlichen Untersuchungen bestimmt, in den beiden anderen sollen je zwölf Kranke untergebracht werden. Die Untersuchungen werden voraussichtlich einen Zeitraum von fünf Jahren in Anspruch nehmen. Im Jahre 1902 sind 53000 Mk. für diese Zwecke bereitgestellt."

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXXIV. No. 4. 15. Februar 1902.

Über Stypticin.

I. Mitteilung.

Stypticin als lokales Hämostaticum.

Von

Dr. R. Kaufmann-Frankfurt a. Main.

Wenn der vortreffliche Chirurg J. L. Petit[1] sagt: „L' introduction de la sonde dans la vessie est une de ces operations á laquelle les jeunes chirurgiens ne peuvent trop s' exercer", und eine fleifsige Übung an der Leiche anempfiehlt, so meint er dies jedenfalls vor allem mit Rücksicht auf die starke Blutung, die bei diesen Eingriffen so leicht entsteht. Wie Wossidlo[2] sagt, ist die Hervorrufung von stärkeren Blutungen ein Kunstfehler. Trotzdem können auch dem Geschicktesten, namentlich bei leicht vulnerabler Schleimhaut solche passieren und sie entstehen auch manchmal beim Dilatieren nach Oberländer, wo sie zweifellos eine der Ursachen sind, weswegen diese nach meiner Ansicht beste Methode der Gonorrhoebehandlung noch immer nicht die Verbreitung gefunden hat, die sie verdient. Auch beim Endoskopieren entstehende Blutungen machen oft die angewandte Liebesmüh zu nichte.

Was liegt in solchen Fällen näher, als sich nach einem Blutstillungsmittel umzusehen, und da ist allerdings die Auswahl nicht sehr grofs. Der absolute Alkohol, der wie ich an anderer Stelle ausführte[3], früher als Blutstillungsmittel viel angewandt wurde, ist natürlich hierbei nicht angebracht, ebenso wenig Penghawa-Yambee. Auch Eisenchlorid „das unentbehrlichste Auskunftsmittel aller ungeschickten Chirurgen", wie Billroth sagt, dürfte wegen seiner stark ätzenden Wirkung nicht sehr zu empfehlen sein. Der Nebennierenextrakt erfreut sich namentlich in Amerika sehr grofser Beliebtheit. Aber die Anwendung des Präparates ist wegen seiner, namentlich von Gottlieb nachgewiesenen sehr stark giftigen Eigenschaften nicht ganz ungefährlich. Wir glauben daher, dafs es verdienstlich ist, die Aufmerksamkeit unserer Fachgenossen auf ein

[1] Traité des maladies chirurgicales. Paris 1774, 3. Bd. S. 59.
[2] Die Strikturen der Harnröhre. Leipzig. S. 75.
[3] Geschichtliche Beiträge zur äusseren Alkoholtherapie. *Deutsche Ärzte-Zeitung.* 1902. No. 3.

Präparat zu lenken, das uns zur lokalen Blutstillung die trefflichsten Dienste geleistet hat. Es ist dies das von Professor M. Freund synthetisch dargestellte salzsaure Cotarnin mit der Formel: $C_{12}H_{14}NO_3Cl$, bekannter unter dem Namen Stypticin, welches als Ersatzprodukt für das viel teurere Hydrastinin eingeführt wurde. Es erfreut sich seit der Empfehlung Gottschalks[4] grofser Beliebtheit bei den Gynäkologen als internes Mittel gegen uterine Blutungen und ist auch von Friedländer[5] bei Blasenblutungen infolge Gonorrhoe empfohlen worden, eine Erfahrung, die auch ich nur bestätigen kann.

Indes zeigte es sich, wie von J. Munk[6] zuerst bei Zahnextraktionen nachgewiesen wurde, dafs es auch lokal ausgezeichnet styptisch wirkt. Ich selbst wende, nachdem ich unabhängig von diesem Autor zur Erkenntnis dieser Wirkung gekommen war, seit über 2 Jahren dieses Mittel zur Stillung parenchymatöser Blutungen in meiner Praxis an und ich will in folgendem meine Erfahrung mit diesem Mittel darlegen.

Beim Endoskopieren drücke ich mittelst Tamponträgers in 2prozent. Stypticinlösung getauchte Watte wider die blutende Fläche und erziele auch stets, falls die Blutung nicht von einer entfernteren strikturierten Stelle herrührt, eine sehr prompte Stillung, so dafs ich die Untersuchung stets zu Ende führen konnte. Ob Blutungen, die von höher gelegener Stelle herrühren, auch durch intramuskuläre Injektion von Stypticin gestillt werden können, darüber besitze ich keine eigene Erfahrung. Besonders wertvoll hat sich mir die lokale Blutstillung dieses Mittels bei Blutungen nach Bougierungen, sowie bei Dilatationen nach Oberländer-Kollmann erwiesen. Ich führte in solchen Fällen früher Urethralstäbchen in die Harnröhre von folgender Zusammensetzung ein:

℞ *Stypticini* 0,03—0,04
Ol. Cacao 1,5
M. F. bacilli urethrales long. cm 10. Crassit. mm 4.

In neuerer Zeit wende ich indes statt Ol. Cacao Gelatine in gleicher Dosis an, wodurch eine viel promptere und sicherere Blutstillung bewirkt wird, während die Injektion von Gelatine selbst, von welcher übrigens in letzter Zeit mehrere Todesfälle gemeldet worden sind[7], allein nicht so prompt wirkt. Ich lasse die Patienten auf das Orificium und die Glans penis Watte legen, die mittelst eines Gummibändchens oder eines Condoms befestigt wird, und weise sie an, möglichst lange den Urin zurückzuhalten. Seitdem habe ich keine stärkeren Blutungen mehr gesehen, wenn auch

[4] *Therap. Monatshefte* 1895 S. 646.
[5] Die Krankheiten der männlichen Harnorgane, Berlin 1900. Bezüglich weiterer Litteratur vergl. die Abhandlung von Freund in der *Monatschrift f. Geburtsh. und Gynäk.* Band IX. Heft 3.
[6] *Ärztl. Central-Anzeiger* 1899, No. 27.
[7] cfr. *D. Zeitschrift f. Chir.*, 61. Bd., S. 584.

minimale noch nachfolgen können, und ich brauchte den sehr umständlichen und keineswegs sehr wirksamen Compressionsverband nicht mehr zu machen, obwohl ich mehrere sehr schwere Strikturen zu behandeln hatte, und trotzdem ich fast täglich dilatiere Dafs die Wirkung thatsächlich auf Rechnung des Stypticins zu setzen ist, davon habe ich mich durch Kontrollversuche ohne dieses Medikament überzeugt. Nur warnen mufs ich davor, diese Stäbchen, wie das vielfach üblich ist, mit Talk oder Lycopodium bestreuen zu lassen, da ich dadurch in mehreren Fällen unangenehme Nebenwirkungen sah. Versuche durch Bestreichen der Bougies und Dilatatoren mit stypticinhaltiger Salbe prophylaktisch eine Blutung zu verhindern, führten nicht zum Ziel. Die styptische Wirkung tritt offenbar erst nach entstandener Verletzung ein. Nach den Versuchen von Falk[8] soll Stypticin nur durch Ruhigstellung, ähnlich wie die Narcotica, blutstillend wirken. Demgegenüber möchten wir darauf hinweisen, dafs dieses Mittel auf das Hämoglobin offenbar wirkt und diesem eine kirschrote Färbung, ähnlich dem CO-Hämoglobin verleiht. Ein charakteristisches Spectrum konnte ich allerdings leider mit dem kleinen mir zur Verfügung stehenden Taschen-Spectroskop nicht erkennen, doch zweifele ich nicht daran, dafs man mit einem empfindlichern Instrument eine Veränderung der Absorptionsstreifen wird erkennen können.

Weiter leistete uns das Stypticin sehr nützliche Dienste zur Blutstillung nach Exstirpation kleiner Hautgeschwülste wie Warzen und vor allem der Condylomata acuminata, sowie bei blutenden Geschwüren. Desgleichen war es uns wertvoll bei Phimosenoperationen zur Stillung der kleinen parenchymatösen Hämorrhagien, wie sie bei der Loslösung von Verwachsungen der inneren Präputialblattes mit der Glans entstehen. Zu diesem Zwecke wandten wir es in Form der im Handel vorkommenden 30%igen Stypticinwatte oder -Gaze an. Ob eine Blutstillung capillarer Blutungen, wie sie bei Prostatahypertrophie oder Tumoren der Blase vorkommen, die oft jede cytoskopische Untersuchung unmöglich machen, durch Stypticin erfolgt, darüber besitze ich keine persönliche Erfahrung; doch möchte ich die Aufmerksamkeit der Kollegen auch auf diesen Punkt richten.

Jedenfalls besitzen wir im Stypticin ein ausgezeichnetes Mittel, das wegen seiner ausschliefslich auf die blutenden Stellen sich erstreckenden und absolut nicht ätzenden Wirkung der Beachtung wert ist und daher, wie ich glaube, sowohl den Dermatologen wie den Urologen nützliche Dienste erweist.

Über weitere interessante Beobachtungen mit diesem Mittel werde ich in einem folgenden Artikel berichten.

---

[8] *Monatsschrift f. Geburtsh. und Gynäk.* 10 Bd., S. 484.

Aus der Praxis.

Über die Behandlung der Leukoplakia bucco-lingualis.

Von

Dr. M. Bockhart-Wiesbaden.

Von der merkuriellen Behandlung dieser parasyphilitischen Affektion ist man mit Recht allmählig zurückgekommen. Denn die Leukoplakia bucco lingualis (= Leukoplakia mucosae oris et linguae) reagiert, wie schon Neisser[1] beobachtet und wie Fournier[2] betont hat, auf eine antisyphilitische Therapie nicht im mindesten. Wo sie angeblich doch durch Quecksilber-Behandlung geheilt wurde, dürfte wohl ein Irrtum in der Diagnose vorliegen. Es scheint mir, dafs diese Leukoplakie manchmal mit anderen ähnlichen Erkrankungen der Mundhöhle verwechselt wird, namentlich, wie Du Castel[3] bemerkt, mit den Epithelveränderungen nach chronischen, katarrhalischen Entzündungen der Schleimhaut. Daher rührt vielleicht die verschiedenartige Anschauung über die Natur dieser Krankheit, deren Zugehörigkeit zur Syphilis immer noch von manchen Autoren bezweifelt wird. Wer Kaposis[4] Beschreibung dieser Krankheit oder Fourniers[5] Statistik über den Zusammenhang dieser Leukoplakie mit Syphilis liest, wird schwerlich bezweifeln können, dafs sie eine parasyphilitische Affektion ist. Ich habe über sechzig Patienten mit Leukoplakia bucco-lingualis beobachtet — nur Männer, keine Frauen — die alle ohne Ausnahme Syphilitiker und gleichzeitig Raucher waren. Ich halte es nach meinen Beobachtungen für zweifellos, dafs diese Leukoplakie durch die gleichzeitige Wirkung der Syphilis und des Tabaks entsteht. Bei Rauchern, die nicht syphilitisch waren, habe ich niemals diese Leukoplakie beobachtet; ebenso nie bei Syphilitikern, die nicht rauchten.

Eine allgemeine antisyphilitische Behandlung ist, wie gesagt, gegenüber der Leukoplakia bucco-lingualis gänzlich wirkungslos; ja, sie ist hier merkwürdigerweise häufig sogar schädlich. Darauf hat bereits Neisser[6] aufmerksam gemacht. Ich habe ebenfalls öfters beobachtet, dafs diese

---

[1] Verhandlungen der deutschen dermat. Ges. IV. Kongrefs 1894.
[2] Internat. Kongrefs für Dermat. und Syphiligraph. 1900.
[3] Internat. Kongrefs für Dermat. und Syphiligraph. 1900.
[4] Kaposi, Die Syphilis der Schleimhaut der Mund-, Rachen-, Nasen- und Kehlkopfhöhle. Erlangen 1866. — Pathologie und Therapie der Syphilis. Stuttgart 1891.
[5] l. c.
[6] l. c.

Leukoplakie sich verschlimmerte, wenn die mit ihr behafteten Patienten wegen anderer Syphilis-Erscheinungen Merkurialkuren durchmachen mufsten.

Die lokale Behandlung der Leukoplakia bucco-lingualis ist bekanntlich nur dann erfolgreich, wenn die Patienten das Rauchen gänzlich aufgeben. Es genügt nicht, dafs sie nur wenig rauchen, sondern sie dürfen, wenn sie geheilt sein wollen, überhaupt nicht mehr rauchen, wenigstens nicht während der Behandlung. Aber nur wenige dieser Patienten bringen es fertig, auf den Genufs des Tabaks ganz zu verzichten. Bei solchen Patienten jedoch kann die Leukoplakie vollständig beseitigt werden. Ich habe bei 5 solchen Patienten vollkommene Heilung eintreten sehen und zwar durch folgendes Verfahren: Ich liefs die kranken Stellen der Zunge oder der Wangenschleimhaut einmal im Tag oder einmal in zwei Tagen mit dem zu diesem Zwecke schon längst empfohlenen Perubalsam einreiben und verordnete aufserdem häufige Ausspülungen des Mundes (6—12mal im Tag) mit $^1/_2$—3prozentiger Kochsalzlösung. Die Ausspülungen mit Kochsalzlösung sind wahrscheinlich noch wirksamer als die Pinselungen mit Perubalsam. Denn bei zweien dieser Patienten, denen die Pinselungen mit Perubalsam unangenehm waren, erzielte ich vollständige Heilung allein durch die Ausspülungen mit Kochsalzlösung. Die Heilung trat ein innerhalb $^1/_4$—2 Jahren, je nach der Intensität des krankhaften Prozesses. Die Heilung war in allen fünf Fällen so vollkommen, dafs man schliefslich keine Spur von Leukoplakie mehr bemerkte, ja, dafs sogar die bei einigen Patienten deformierte (gelappte) Zunge wieder ihre normale Form und Beschaffenheit annahm. Zwei dieser Patienten begannen einige Monate nach dem Eintritt der Heilung wieder zu rauchen; trotzdem trat bei ihnen kein Rezidiv ein. Diese fünf Patienten trugen immer ein Fläschchen mit Kochsalzlösung in der Tasche, um ihren Mund häufig genug ausspülen zu können.

Ausspülungen des Mundes mit Kochsalzlösung sind, soviel ich aus der Litteratur ersehen konnte, bisher zu diesem Zweck noch nicht empfohlen worden. Doch ist Ähnliches schon versucht worden: so von französischen Ärzten[7] Ausspülungen des Mundes mit Eau de Vichy, von Schwimmer[8] mit Biliner, Emser und Karlsbader Wasser. Die oft empfohlenen Ausspühlungen des Mundes oder Pinselungen der kranken Schleimhautstellen mit adstringierenden Flüssigkeiten (Myrrhen-, Ratanhiatinktur etc.) fand ich bei Leukoplakie nicht nützlich. Es schien mir, dafs die Adstringentien hier sogar schädlich wirken.

---

[7] S. bei Bénard, Leucokératose; in: *La Pratique dermatologique.* Tome II. 1901.
[8] Schwimmer, Die idiopathischen Schleimhautplaques der Mundhöhle. *Vierteljahrschr. f. Derm. u. Syph.* 1877 u. 1878.

Vom Genuſs alkoholischer Getränke oder gewürzter Speisen sah ich — im Gegensatz zu anderen Beobachtern — bei meinen Patienten keinen Schaden.

Wollen die Leukoplakie-Patienten während der Dauer der lokalen Behandlung nicht auf den Genuſs des Tabaks verzichten, dann kann ihnen der Arzt nur Milderung ihres Leidens, aber keine vollständige Heilung verschaffen. Auch in diesem Falle gewähren die häufigen Ausspülungen des Mundes mit Kochsalzlösung einen groſsen Nutzen: ich fand, daſs sie die Entstehung der schmerzhaften Rhagaden verhindern. Vom Perubalsam sah ich bei diesen Patienten keinen Erfolg. Dagegen erzielt man hier mit einigen Ätzmitteln, wenn sie vorsichtig angewandt werden, öfters eine recht gute Wirkung. Von all den vielen zur Behandlung der Leukoplakie empfohlenen Ätzmitteln sah ich nur von zwei einen relativ guten Effekt, nämlich von dem von UNNA empfohlenen Resorcin in Form der LEISTIKOWschen Resorcinpaste[9] und von der von JOSEPH[10] empfohlenen Milchsäure (50prozentige oder konzentrierte). Beim Gebrauch dieser Ätzmittel darf man jedoch die von mehreren Beobachtern (SCHWIMMER,[11] BESNIER,[12] NEISSER,[13] BÉNARD[14]) gegebenen Rat nicht auſser acht lassen: man soll nie so stark oder so oft ätzen, daſs die Schleimhaut irritiert wird. Auf eine starke Irritation der Schleimhaut folgt stets nach einiger Zeit eine Verschlimmerung der Leukoplakie.

Manche Beobachter glauben bekanntlich, daſs diese Leukoplakie in Carcinom übergehe. Ich habe das nie beobachtet, obgleich ich recht viele ältere Männer mit starker Leukoplakie gesehen habe und noch beobachte. Ich glaube mit NEISSER[15], daſs man diese Möglichkeit zwar nicht negieren kann, daſs aber die Wahrscheinlichkeit für die meisten Fälle nicht groſs ist. Deshalb ist es auch nicht nötig, den Patienten im Hinblick auf eine so geringe Wahrscheinlichkeit die energische Zerstörung der kranken Schleimhautstellen mit dem Thermokauter anzuraten.

---

[9] LEISTIKOW, Zur Behandlung der Leukoplakie. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1894. Bd. XIX.

[10] JOSEPH, Beitrag zur Therapie der Leukoplakia. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1885. No. 43. — Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten. 2. Aufl. 1896.

[11] l. c.

[12] S. bei BÉNARD l. c.

[13] l. c.

[14] l. c.

[15] l. c.

Zur Plasmazellenfrage.

Antwort an Herrn Dr. A. PAPPENHEIM.

Von

Dr. MAX JOSEPH-Berlin.

Die Verteidigung gegen die völlig ungerechtfertigten Angriffe des Herrn PAPPENHEIM kann ich Kollegen ALMKVIST ruhig überlassen. Mir liegt nur daran zu konstatieren, was ich übrigens Herrn PAPPENHEIM auf seine Anfrage brieflich im Dezember mitgeteilt habe und was mir Herr Professor PICK in einer vom 22. I. 1902 datierten Karte bestätigt, dafs „die Arbeit des Herrn ALMKVIST am 1. Mai 1901 bei der Redaktion des Archivs für Dermatologie und Syphilis eingelaufen ist." Die Angriffe des Herrn PAPPENHEIM richten sich dadurch von selbst.

Wenn Herr PAPPENHEIM zum Schlufs sich die Annahme erlaubt, dafs in einigen wissenschaftlichen Dermatologenkreisen VIRCHOWS Archiv nicht eingesehen zu werden scheine, so ist es schwer, ihm mit einem parlamentarischen Ausdrucke zu antworten.

Replik an Herrn Dr. Joseph.

Von

Dr. A. PAPPENHEIM-Hamburg.

Der angekündigten Verteidigung des Herrn ALMKVIST sehe ich mit Spannung entgegen.

Herrn JOSEPH mufs ich erwidern, dafs ich bis zu ihrem Erscheinen nach wie vor auf dem Standpunkt stehe, dafs es nicht nur publizistische Sitte und Anstand, sondern auch litterarische Pflicht eines jeden Autors ist, sich vor Inangriffnahme seiner Arbeit ausgiebig über die speziell neueste Litteratur seines Gegenstandes zu informieren, um nicht schon andern längst bekanntes, ihm selbst aber unbekanntes neu zu entdecken oder, was noch schlimmer ist, bei Fernerstehenden den Eindruck zu erwecken, als ob die neue Wissenschaft und die neuen Kenntnisse sich erst von diesem wichtigen Wendepunkt an herleiten. Der Artikel des Herrn ALMKVIST über Plasmazellen erschien im Dezember v. J., nachdem

meine drei bezüglichen Aufsätze in *diesen Monatsheften* bezw. in *Virchows Archiv* im Juni und September erschienen waren.

Zwei Möglichkeiten lagen nun vor, die mir beide gleich tadelnswert scheinen, von denen eine aber realisiert gewesen sein muſs.

Entweder es haben JOSEPH und ALMKVIST meine bezüglichen Arbeiten gekannt und dann anscheinend miſsverstanden, dann wäre es ihre Pflicht gewesen, wenigstens bei der Korrektur (die doch wohl kaum vor Juni Herrn ALMKVIST zugestellt sein kann), eine kurze bezügliche Notiz zu bringen; oder aber sie haben sie nicht gekannt und in der That, wie ich nicht behauptete, sondern „wie es mir nur schien", *Virchows Archiv* nicht eingesehen. In meiner ersten Kritik der Arbeit ALMKVISTs rechnete ich noch mit beiden Möglichkeiten. Inzwischen bin ich bei nochmaliger Prüfung zu der Überzeugung gekommen, daſs von einem Miſsverständnis meiner Auffassung seitens ALMKVISTs doch wohl nicht gut die Rede sein kann, mithin die bona fides und Ehrlichkeit dieses Autors unangetastet ist.

Also ist die zweite Möglichkeit zur Gewiſsheit erhoben; der Vorwurf der mangelhaften Litteraturkenntnis bleibt bestehen. JOSEPH und ALMKVIST haben auch bei Vornahme der Korrektur meine bezüglichen Arbeiten nicht gekannt und, trotz der obigen stolzen Entgegnung JOSEPHS, *Virchows Archiv*, in der letzten Zeit wenigstens, nicht einzusehen beliebt. JOSEPH selbst hat mir dieses in seiner zitierten Zuschrift vom 12. Dezember auch schwarz auf weiſs bestätigt, indem er darin zugiebt, daſs ihm bis dato von meinen (doch wohl an Zahl nicht geringen und fast sämtlich in *Virchows Archiv* erschienenen) Arbeiten nur mein Buch über Farbchemie bekannt war. Quod erat demonstrandum.

Schlieſslich sei nochmals ausdrücklich an dieser Stelle betont, daſs ein Angriff oder Vorwurf gegen den sehr verehrten Herrn Kollegen L. MICHAELIS von mir in keiner Weise beabsichtigt war.

Versammlungen.

Wissenschaftliche Ärztegesellschaft in Innsbruck.

Sitzung vom 19. Januar 1901.

v. HACKER demonstriert:

1. **Einen ausgedehnten angeborenen Defekt der äuſseren Ohrmuschel, durch Plastik ersetzt.** Die charakteristischen Wülste gedenkt er später durch subcutane Vaselininjektion herzustellen.

2. **Ein mittelfingerdickes Prozentasiometer, welches aus der Harnblase eines Mannes mittels Perinealschnittes entfernt war.** Angeblich soll das Instrument vor fünf Wochen verschluckt sein; nach einigen Tagen sollen sich dann

bereits die Blasenbeschwerden eingestellt haben. Vor sieben Jahren ist auf demselben Wege ein angeblich auch verschlucktes Holzstück aus der Blase entfernt worden. — Im Anschluſs daran zeigt v. HACKER andere aus der Blase entfernte Fremdkörper: eine groſse Stecknadel, einen bleistiftdicken Schilfhalm, ein Christbaumkerzchen, eine Bohne, die den Kern eines Blasensteins gebildet hatte.

RILLE demonstriert:

1. **Spontankeloide** in der Sternalgegend bei einem 35jährigen Bahnbediensteten. Derselbe Patient hat noch gleichzeitig aufzuweisen: einen syphilitischen Primäraffekt, ein papulöses Syphilid, eine Psoriasis vulgaris, ein ausgebreitetes plesiformes Angiom des Rückens.

2. **Syphilitischen Primäraffekt an der Oberlippe** bei einer 28jährigen Köchin mit makulo-papulösem Syphilid, erodierten Papeln der Lippe. Infektionsmodus unbekannt.

3. **Einen Fall von ausgedehntem Lupus vulgaris**, bereits früher vorgeführt, mit Rezidiv. Aufserdem hat der Patient einen Favus im herpetischen Vorstadium, am ganzen Körper verteilt. Bis thalergroſse, scheibenförmige, hellrote, scharfbegrenzte, am Rande etwas infiltrierte, im Centrum blassere, schuppende Krankheitsherde, innerhalb derselben krebsaugenartige, hellgelbe Knötchen (Favusskutula).

4. Eine **Alopecia areata**, fast total in drei Jahren zweimal aufgetreten. Nach 40%iger Chrysarobinsalbe regenerieren sich die Haare stets in einigen Wochen, und zwar nur an den behandelten Stellen, so daſs an der Heilwirkung des Chrysarobins nicht zu zweifeln ist.

5. **Lichen ruber planus** bei einem 33jährigen Manne, dessen Diagnose nicht leicht war. Arsenik und Ung. WILKINSON brachten Besserung.

6. **Roseola tardiva (tertiär-syphilitische Roseola)** in Gestalt groſser, scharf umschriebener, gelbrötlicher, auf Druck nicht erblassender Ringe und Kreise mit central normaler Haut. Die Infektion lag 32 Jahre zurück.

7. **Fibroma molluscum** bei einem 56jährigen Kranken in sehr groſser Ausdehnung.

8. **Zwei Fälle tertiärer Lues** und **sechs Fälle von Psoriasis vulgaris, behandelt mit Jodipininjektionen.** Dieselben wurden gut vertragen und wirkten bei tertiärer Lues fast ebensogut wie Jodkalium. Es wurden bei Lues zehn tägliche Injektionen à 20,0 gegeben. Bei Psoriasis braucht man groſse Jodipinmengen, welche kumulativ wirken. Ein Erfolg ist auch hier von der Therapie zu erwarten.

Sitzung vom 2. März 1901.

JUFFINGER demonstriert ein **Sklerom des Kehlkopfes**, welches Atemnot bedingt. Mehrere Knoten an der Uvula, der hinteren Rachenwand, am Arcus palato-pharyngeus.

RUSCH demonstriert aus der RILLEschen Klinik:

1. **Knotensyphilid** an der Haut des Gesichts, des behaarten Kopfes und der Brust; bis halbhaselnuſsgroſse, derbe, kupferrote, an der Kuppe schuppende Knoten, dicht gedrängt, dazwischen rotbraune Pigmentierungen als Reste ausgeheilter Krankheitsherde. Über die Infektion nichts sicheres zu eruieren,

2. **Syphilitischen Primäraffekt der Unterlippe**, vor zwei Monaten durch sexuellen Verkehr erworben.

3. **Pemphigus vulgaris** bei einem 13jährigen Mädchen, ganz plötzlich mehrere Wochen vor der Aufnahme ins Spital im Februar unter Schüttelfrost aufgetreten. Die Blasenbildung ergriff allmählich den ganzen Körper, indem sich täglich unter Fieber Nachschübe einstellten. In der Folge entstanden nässende, blutende, schmerz-

hafte, borkige Flächen. Die Kranke kam furchtbar herunter. Seit einer Woche sistierte das Fieber, die Eruptionen nahmen ab, das Allgemeinbefinden besserte sich, die Kräfte wurden gehoben. Die erkrankten Stellen überhäuteten, bilden blafsrote Herde, auffallenderweise etwas eleviert, was einen Verdacht auf Pemphigus vegetans erweckt.

4. **Zwei Psoriasiskranke,** in der vorigen Sitzung bereits vorgeführt, durch Jodipinbehandlung sich konsequent bessernd.

Sitzung vom 15. März 1901.

Mykosis fungoides d'emblée bei einem 52jährigen Tagelöhner demonstriert Rille. Es war kein erythematöses und ekzematoides Stadium vorausgegangen; auch Jucken war nicht vor dem Erscheinen der Knoten vorhanden gewesen.

Sitzung vom 3. Mai 1901.

Rille demonstriert:

1. **Vier Fälle von Lupus erythematosus,** Im ersten Falle ist der Sitz an den Oberextremitäten bemerkenswert. An der Streckfläche beider Ellenbogen finden sich dicht gedrängte, bis halbkreuzergrofse, blaurote, mäfsig schuppende Infiltrate, kartenartig eleviert und hin und wieder narbig atrophiert; letztere Momente unterscheiden das Leiden von der Psoriasis. Weitere Efflorescenzen am Vorderarme, Handrücken und an den Fingern. Das Gesicht zeigt den charakteristischen Lupus erythematosus in Schmetterlingsform. — Der dritte Fall weist Herde auf an der Kopfhaut, an der seitlichen Halsgegend, aufserdem einen trockenen Brandschorf an der Nasenspitze, durch ein unbedeutendes Trauma entstanden. Das seit 15 Jahren bestehende Leiden soll vor vier Jahren sich so sehr ausgestreckt haben, als der Patient fünf Stunden von einer Lawine verschüttet war. Daneben finden sich bei dem heruntergekommenen Kranken viele auf Erfrierung zurückzuführende Anomalien. — Der vierte Patient zeigte im Beginn das Bild einer Acne varioliformis, woraus sich dann dieser Lupus erythematosus entwickelte. Derselbe erinnert an Unnas Ulerythema akneiforme, bei dem allerdings jedwede Eiterung, jegliches Infiltrat fehlten.

2. **Zwei Fälle von Pellagra.**

3. **Leukoderma nach Psoriasis vulgaris,** ohne dafs Arsen gegeben wäre.

4. **Einen Psoriasisfall,** bei dem nach subcutaner Injektion von Solutio Fowleri die Plaques sich zurückbildeten. Diejenigen Flecken, welche innerhalb eines die Streckflächen des Vorderarmes einnehmenden Chloasma caloricum safsen, hinterliefsen depigmentierte Hautstellen. Es sind die vom Vortragenden in 20—30 Fällen nach Psoriasis beobachteten Leukodermaflecke weder mit Chrysarobin noch mit Arsen in Verbindung zu bringen.

5. Der früher vorgestellte **Fall von Pemphigus vulgaris** ist nach viermonatlichem Spitalaufenthalt unter Bädern und milden Salben soweit geheilt, dafs nur am Naseneingang, an den Mundwinkeln, in der Kinnfurche, am Zungenrande kleine Blasen sich zeigen. An vielen erkrankt gewesenen Stellen haben sich Milien gebildet, was schon in früheren Fällen beobachtet ist. Vielleicht handelt es sich auch, wie Neisser meint, um mit Epithelkügelchen gefüllte kleine Cysten, die aus Schweifsdrüsenausführungsgängen hervorgehen. Brocq und Hallopeau bezeichnen sie als Cystes epidermiques.

6. **Neurotische Blasenbildung** bei einem 33jährigen Schuhmacher. Derselbe war wegen eines Neuroms am linken Nervus ulnaris operiert. Es stellte sich Gefühllosigkeit und Blasenbildung am Kleinfingerrande ein. Ob die Blase vielleicht auf traumatischem Wege entstanden ist, was bei der Anästhesie leicht hätte geschehen können, war nicht festzustellen.

Sitzung vom 17. Mai 1901.

Rille demonstriert:

1. **Pemphigus vegetans** bei einem 68jährigen Knecht. Zahlreiche condylomatöse Wucherungen an den Schenkeln und am After, zum Teil ein dünnes foetides Sekret abscheidend. Die meisten Elevationen sind an der Peripherie von einem weißlichen Epidermissaume umrundet. Daneben Pemphigusblasen. Am meisten affiziert ist die Schleimhaut der Lippen und des Mundes: scharf begrenzte, mit buchtigen Rändern sich absetzende, zum Teil mit Krusten bedeckte Erosionen, in ihrer Mitte kleine Epithelinseln. Die Unterlippe stark geschwollen.

2. **Idiopathische Hautatrophie** bei einer 69jährigen Kranken. Besonders am linken Arm und am rechten Oberschenkel ist die Haut wie zerknittert, dunkel gerötet, abnorm trocken, mattglänzend, hin und wieder feinkleiig schilfernd, in persistierenden Falten abhebbar.

3. **Pyrogallolvergiftung bei einem Psoriatiker.** Nach Applikation einer 10%igen Pyrogallolsalbe stellten sich schwere Erscheinungen ein: ausgedehnte Dermatitis, große Schwäche, blaßgraue Gesichtsfarbe, gelbliche Skleren, Somnolenz, kleiner, frequenter Puls, Dyspnoe, Urin schwärzlichgrau bis grünlich, doch frei von Albumen. Die Frau war gravida und genas nach einer eingeleiteten Frühgeburt nach Absterben der Frucht. — Vortragender macht sonst vom Pyrogallol bei Psoriasis ohne Schaden ausgedehnten Gebrauch. Im übrigen benutzt er außerdem Chrysarobin und Gallacetophenose. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Centralblatt.

1902. No. 2 und 3.

Zur Dreigläserprobe, von Dreyer. Ein von Castracane angegebenes, zur Dreigläserprobe geeignetes, etwas modifiziertes Glasrohr wird vom Verfasser empfohlen. Es besteht aus einem dreimal U-förmig gebogenen Glasrohr mit trichterförmigem Ende. Das Rohr enthält ca. $^1/_2$ Liter. Der in den Trichter entleerte Urin verteilt sich in den drei Röhren. Die einzelnen Phasen des Urinierens werden von dem Inhalt der drei Röhren dargestellt. Das Sediment kann gemessen werden; die Filamente können dem ersten und dritten U leicht entnommen werden. Die Reinigung des Glases geschieht unter der Wasserleitung, die Aufbewahrung an zwei an der Wand angebrachten, gebogenen Nägeln. Die Resultate dieser Dreigläserprobe hat Verfasser mit der auf andere Weise gewonnenen verglichen und als richtig befunden. (Lieferant: Faust in Köln. Neue Langg 4. Preis M. 3.50.)

Über die Mängel der am meisten üblichen Behandlung der akuten und zur Prophylaxe der chronischen Blennorrhoe, von S. Behrmann. Nachdem Verfasser, wie er es stets zu thun pflegt, sehr weit ausgeholt, führt er als Mängel der antibakteriellen lokalen Blennorrhoebehandlung folgendes an: 1. Die hervorgerufene Steigerung der Entzündung begünstigt das Entstehen von Infiltraten und Strikturen. (Wenn Verfasser behauptet, daß Argentum nitricum wohl als Prophylaktikum, nicht als Heilmittel bei der Blennorrhoe neonatorum jetzt gebraucht wird, so ist das nicht richig. D. Ref.) 2. Bei der Injektion werden durch den Druck der Flüssigkeit die

schrägen Ausführungsgänge der Harnröhrendrüsen komprimiiert, wodurch die Retention der in die Drüsen eingedrungenen Gonokokken noch begünstigt wird. 3. Der Druck der Injektion wirkt auch dem Austreiben der in die tieferen Schleimhautschichten eingedrungenen Gonokokken entgegen. (Schluſs folgt.)

Kasuistische Beiträge, von Albrecht Notthaft, Freiherr von Weissenstein. Von der juckstillenden Wirkung des Bromokoll hat Verfasser oft gutes gesehen; eine 10%ige Salbe hat ihm stets genügt. Besonders nützlich erwies sich eine Bromokoll-Teer-Zink-Amylumpaste bei einem alten Ekzema scroti, welches seit Jahren unstillbares Jucken verursacht hatte. — Unangenehmes bewirkte eine 20%ige Bromokollsalbe bei einem anderen Ekzema scroti; es entstand ein akutes Ekzem, welches sich über ausgedehnte Teile der Körperoberfläche verbreitete, soweit dieselben mit der Salbe in Berührung gekommen waren. — Das Crurin verdient mehr Berücksichtigung, als es bisher gefunden, wie ein angeführter Fall beweist. — Ein artifizielles Ekzem sah Verfasser bei einem Patienten nach Einreibung von Unguent. praecipitat. alb. — Ausgebreitete Blaseneruption nach Bepinselung einiger Fingergelenke mit Jodtinktur stellte sich bei einer Dame unter Fiebererscheinungen ein. — Ein Patient mit einer umschriebenen Alopecia areata, die unter Veratrinsalbe heilte, zeigte gleichzeitig eine Herzneurose, Spasmus glottides, Parästhesien im Ulnarisgebiet.

Fall von lokalem durch einen Hühnerparasiten (Menopon pallidum Nitzsch) hervorgerufenen Pruritus, von C. Rasch. Eine Patientin litt an heftigem Jucken an beiden Unterarmen, welches jeden Nachmittag und Abend sich anfallsweise einstellte. Das dauerte fast zwei Jahre fort. Endlich ergab sich als Ursache die Beschäftigung mit Hühnern, die stark mit Läusen behaftet waren. Dieselben wurden zoologisch als Menopon pallidum Nitzsch erkannt. Sobald die Patientin die Versorgung der Hühner aufgegeben hatte, blieb sie andauernd frei von Juckanfällen.

Über die Mängel der am meisten üblichen Behandlung der akuten und zur Prophylaxe der chronischen Blennorrhoe, von S. Behrmann. (Schluſs.) Die Wirkung der bakteriziden Mittel auf in der Tiefe sitzende Gonokokken ist eine unbedeutende, da sie meistens auch adstringieren und das tiefere Eindringen der Medikamente hemmen, zumal die Produkte der Adstringentia wohl, wie die Ätzprodukte auf der Haut, längere Zeit auf der Schleimhaut haften. — Verfasser legt den antibakteriellen Mitteln nur bei der Prophylaxe einen Wert bei. — Guten Erfolg haben die intern gegebenen Balsamika und das Natrium salicylicum, welches die Umwandlung der Cylinderzellen in Plattenepithelien ähnliche Zellen verhüten soll. Verfasser giebt zuerst Sandelöl, dann sobald sich nur noch ein glasiger Tropfen in der Urethralmündung zeigt, nicht vor Ablauf der vierten Woche, Natr. salicyl. (5:200, 2—3stündlich einen Eſslöffel). Auch die Wirkung von Ichthyol, als Guyonsche Instillation appliziert, will Verfasser durch keratolytischen Einfluſs des Mittels erklären. Ratsam ist es, dem Natr. salicyl. etwas Natr. bicarbon. zuzufügen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Monatsberichte für Urologie.

Band 6, Heft 11.

Cancroid des Bulbus und der Pars nuda urethrae, von König. Bei einem 49jährigen Patienten, der in den letzten Jahren ohne nachweisbare Ursache häufiger Schüttelfröste gehabt hatte, stellte sich plötzlich am Perineum, Skrotum und oberhalb der Symphyse eine Urininfiltration ein, von der eine Fistel zurückblieb. Als Ursache ergab sich bei der Operation ein Plattenepithelcarcinom der Harnröhre in der Pars bulbosa und nuda. Das kranke Gewebe konnte exstirpiert, die Harnröhre vereinigt

werden. Der Patient hat sich sehr erholt, entleert seinen Harn durch die Perinealwunde. Ob ein Rezidiv kommen wird, ist natürlich abzuwarten.

Band 6, Heft 12.

Über Epithelverhornung der Schleimhaut der oberen Harnwege, von Desider Róna. Eine Verhornung der Schleimhaut der oberen Harnwege, des Nierenbeckens und Harnleiters ist nur selten beobachtet worden. Verfasser berichtet über zwei Fälle. In dem ersten handelte es sich um eine Pyelonephritis chronica c. Lithiasi, bei dem die Sektion eine Xerosis der Schleimhaut im Nierenbecken und Harnleiter ergab. Das Mikroskop ergab, dafs das die Schleimhaut auskleidende Epithel vollkommen dem Epithel der äufseren Haut glich: eine Reihe Cylinderzellen, darüber zwei bis drei Reihen kubischer Zellen, darüber zwei bis fünf Reihen polygonaler, länglich oder oval geformter Zellen. Dieser Schicht folgten plattere, körnchenhaltige Zellen, welche dann verhornte Epithelzellen überdeckten. Der zweite Fall betraf eine Pyelonephritis purulenta mit Cystitis diphtheritica, bei der das Nierenbecken durch ein verhorntes Epithel überzogen war; der mikroskopische Befund entsprach der gegebenen Schilderung. — Die Ursache dieser Umwandlung ist in Insulten zu suchen, wie sie Nierensand, Nierensteine, langwierige Entzündungen bedingen. Ein spezifisches Leiden ist dazu nicht notwendig. Ältere Lehrbücher bezeichnen die Veränderung als „cholesteaternartige Umwandlung des Epithels", was natürlich nicht richtig ist. Ein gewisser Zusammenhang zwischen der Verhornung und Geschwulstbildung scheint allerdings vorhanden zu sein, indem die Metaplasie den Boden für die Geschwulstbildung vorbereitet. Ein erhöhter formativer und nutritiver Reiz spricht in beiden Fällen mit. — Von Interesse ist noch, dafs die Keratohyalinbildung, wie die mikroskopische Untersuchung lehrte, der den Verhornungsprozefs stets begleitenden Kernlösung (Karyolisis) parallel ging.

Band 7, Heft 1.

Beitrag zur Frage der Sectio alta bei totaler narbiger Impermeabilität der Harnröhre und Harnfisteln, von P. A. Blagowjetschtschenski. Bei einem Kranken der durch eine impermeable Striktur, Dammfisteln, hohes Fieber im Laufe von fünf Jahren bis an den Rand des Grabes gebracht war, wurde durch Sectio alta und später ausgeführte Urethrotomia interna vollkommene Heilung erzielt.

Über einige Verbesserungen am cystoskopischen Instrumentarium mit besonderer Berücksichtigung der Sterilisationsfrage, von Heinrich Levin. Eine Reihe von Modifikationen am cystoskopischen Instrumentarium, ein neuer Apparat zur Formalindesinfektion werden hier geschildert, die als Vervollkommnungen anzusehen sind. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Band 19. November 1901.

I. Entzündliche Affektionen der Nägel von S. Pollitzer-New-York. Die akuten entzündlichen Affektionen der Nägel bilden die weitaus gröfste Zahl aller Nagelerkrankungen überhaupt und fallen unter die Bezeichnung »Onychia«. Sie setzt notwendig eine Läsion voraus, durch welche das infektiöse Element, wahrscheinlich der Staphylococcus aureus in den Nagel eintritt. Neben diesem dürften noch andere Mikroorganismus mit wirksam sein. In schweren Fällen, die jedoch sehr selten sind, handelt es sich um Mischinfektionen, bei welchen virulente Streptokokken die Erscheinungen einer Sepsis hervorrufen. Die sehr seltene »Onychia maligna«, wie sie Billroth beschrieben, betrifft namentlich Kinder und verläuft unter schweren

schmerzhaften, entzündlich-ulcerativen Erscheinungen. Hutchison nimmt an, dafs sie syphilitischer Natur seien.

Verfasser bespricht sodann weiter den unguis incarnatus, die Hyperkeratosis subungualis, das Ekzem und die Psoriaris unguium. In absolut typischen Fällen bietet die Differentialdiagnose zwischen Ekzem und Psoriasis der Nägel weniger Schwierigkeiten, weil gleichzeitig gewöhnlich Ekzem oder Psoriasis auch anderer Körperteile besteht.

In zweifelhaften Fällen mufs das Mikroskop die mykotische Natur der Affektion feststellen. Bei der Differenzierung zwischen Ekzem und Psoriasis wolle man sich die Thatsache merken, dafs die Veränderungen beim Ekzem der Nägel gewöhnlich am proximalen, bei der Psoriasis am distalen Ende beginnt. Viele Nagelerkrankungen treten nur sekundär in Verbindung mit anderen Krankheiten auf, so bei der Pityriasis rubra pilaris, Psorospermosis und den verschiedenen Pemphigusformen. Verfasser erörtert zuletzt die syphilitischen Erkrankungen der Nägel.

II. Trophische Nagel-Affektionen von J. Zeisler-Chicago. Eine der häufigsten regressiven Ernährungsstörungen der Nägel ist die Bildung von Querfurchen oder Rinnen, die auf eine temporäre Störung oder vollständigen Stillstand des Nagelwachstums in der Matrix zurückzuführen ist. Der Teil unmittelbar hinter derselben verliert oft seinen Glanz. Zuweilen sieht man mehrere solcher Furchen.

Eine seltenere Anomalie ist die Excavation oder centrale Depression der Nagelplatte, wahrscheinlich auf einen Schrumpfungsprozefs im Nagelbett zurückzuführen. Sie ist als „Koilonychia“ bezeichnet worden. Trophischen Einflüssen mufs man die Fälle von völligem Nagelschwund zuschreiben. Zuweilen kommt es zu periodischem Abfallen der Nägel und Regenerationen derselben.

Mit „Atrophia“ der Nägel hat man die verschiedensten Zustände bezeichnet, so die angeborene Anonychie oder das totale Fehlen, das verlangsamte Wachstum, die Verdünnung oder das Weichwerden der Nägel, letztere von Kaposi „Hapalonychis“ genannt. Vielfach findet man Nagel-Atrophie in Verbindung mit Ekzem, Psoriasis, Lichen planus, Ichthyosis und tertiärer Syphilis. In anderen Fällen wird man die Ursache auf Ernährungsstörungen und auf Läsionen der peripheren Nerven zurückführen können. Eine Form, unter welcher sich die Atrophie manifestiert, ist die Brüchigkeit, oder die „Onychorrhexis“, bei einer anderen Form besteht die Neigung zur Spaltung des Nagels in der Längsrichtung, Unna bezeichnete sie mit „Schizonychie“.

Verfasser bespricht sodann die Leukonychie, die Onychauxis, die Onychogryphosis (Klauennägel).

Bei vielen Erkrankungen der Nerven, des Gehirns, und Rückenmarks werden die Nägel in Mitleidenschaft gezogen, viel mehr vielleicht, als sie dem Dermatologen zu Gesichte kommen. Wahrscheinlich wird ihnen wegen des schwereren Grundleidens von den behandelnden Ärzten wenig Beachtung geschenkt. Die Epilepsie, die Hysterie, die Raynaudsche Krankheit, die Syringomyelie und andere Krankheiten gehen häufig mit atrophischen und hypertrophischen Veränderungen der Nägel einher.

III. Parasitäre Erkrankungen der Nägel von Joseph Grindon-St. Louis. Der Verfasser zieht nur die Onychomykosis in den Bereich seiner Betrachtungen und rekapituliert das Wissenswerteste aus den einschlägigen Arbeiten von Unna, Heller, Pellizarri, Morris, Walker, Kaposi, Bulkley, Fox, und Blaxall, Köbner, Jackson u. A.

Die Onychomykosis ist charakterisiert durch eine Veränderung in der Form, Farbe und Konsistenz der Nagelplatte, durch eine Anhäufung von pilzdurchsetzten Epithelialüberresten im Nagelbett, welche die Nagelplatte emporheben und ihre Ge-

stalt alterieren können. Die Erkrankung der Nagelmatrix kann zur Distrophie, in hochgradigen Fällen sogar zur Onychogryphosis führen.

Verfasser betrachtet die Onychomykosis unter den beiden Hauptformen nämlich als Favus, dann als Trichophytosis des Nagels und folgt hier den Beschreibungen, welche die obenerwähnten Autoren namentlich Unna, Pellizzari und Heller von den Affektionen gegeben haben.

Für die Differenzialdiagnose zwischen Favus und Trichophytosis ist von Belang, dafs beim Favus die Flecke auf dem Nagel mehr gelb sind, die Nagelplatte selten, das Nagelbett weniger tief affiziert ist. Onychogryphosis und Dystrophien werden beim Favus fast garnicht beobachtet. —

IV. Die Behandlung der Nagelerkrankungen von W. A. Hardaway-St. Louis. Zunächst widmet der Verfasser der Prophylaxis einige Worte. Eine sorgfältige Pflege der Nägel, die sich auf regelmäfsiges Schneiden derselben mittelst Nagelschere, auf gründliche Reinigung mit Seife und Bürste und auf Zurückstofsen der den hinteren und seitlichen Nagelrand überwachsenden Haut beschränken mag. Man verhütet auf diese Weise vor allem die Niednägel, welche so oft die Infektionspforte für Mikroorganismen bilden. Beim Ekzem und der Psoriasis unguium ist längere Zeit fortgesetzter innerlicher Gebrauch von mäfsigen Dosen Arsenik zweifellos von grofsem Vorteil. Man kann wohl sagen, dafs bei keiner Hautkrankheit der Arsenik sich so wertvoll erweist, als bei Degenerationen der Nägel. Verfasser hat hier zur internen Therapie mehr Vertrauen, als zu lokalen Applikationen, die oft schwer ausführbar und etwas unsicher in ihren Wirkungen sind. Bei der lokalen Behandlung kommen hauptsächlich Teer-, Salicyl-, Resorcin-, Chrysarobin-, Pyrogallolpräparate in verschiedenen Kombinationen und Kompositionen, wie sie Unna, Leistikow, Dubreuilh u. A. empfohlen haben, zur Anwendung.

Von Belang ist es, etwaige entzündliche Zustände in der Umgebung des Nagels (Perionychie) zu beseitigen.

Bei mykotischen Prozessen der Nägel werden aufser den erwähnten Mitteln vor allem antiseptische, parasiticide Lösungen (Sublimatspiritus, Alkohol etc.) von Nutzen sein.

Jede Therapie hat an erster Stelle auf Beseitigung ursächlicher Momente (Druck durch Schuhwerk, Verletzungen etc. hinzuarbeiten.

Syphilitische Prozesse der Nägel verlangen neben der lokalen eine allgemeine antiluetische Behandlung.

V. Die Ursache der ungenügenden Resultate der internen Urethrotomie von G. F. Lydston-Chicago. In einer Reihe von Fällen ist eine unvollständige Operation schuld an den ungenügenden Resultaten. Bei anderen kann die Operation noch so oft und noch so gründlich ausgeführt worden sein, so wird doch immer wieder eine Rekontraktion der Gewebe eintreten, ja in vielen Fällen genau entsprechend der Energie, mit welcher der Chirurg sich bemüht, die Striktur zu lösen und offen zu halten. Verfasser glaubt, dafs es sich bei diesen Fällen um eine Idiosynkrasie, um eine Neigung handelt, auf chirurgische Eingriffe mit fibro-hyperplastischen Bildungen zu antworten, ähnlich wie es Leute giebt, bei denen eine Verletzung, eine Operation Keloidbildung auf dem Boden der Narbe zur Folge hat. —

Band 19. Dezember 1901.

I. Ein Fall von Gangrän bei einem neugeborenen Kinde von E. B. Bronson. Ein 4 Tage altes gutgenährtes Kind zeigte gleich nach der Geburt an der rechten Wange, rechten Halsseite um das rechte Ohr herum und an letzterem selbst eine grofse zusammenhängende, grünlich-schwarze, unebene, lederharte nekrotische Fläche.

Eine kleinere harte, ähnlich beschaffene Stelle befand sich in der rechten Sternalgegend und am rechten Daumen. Von Absonderung oder Feuchtigkeit ist nichts zu sehen. Die ganze afficierte Fläche erscheint glänzend und trocken. Im weiteren Verlaufe stiefs sich der Schorf ab und hinterliefs eine gesunde granulierende Fläche, die innerhalb von 3 Wochen vollständig abgeheilt war. Die Narbe war ziemlich tief, aber glatt und nur wenig entfärbt. Verfasser bespricht die Ätiologie. Die Möglichkeit, dafs es sich um eine Druckgangrän handelt, die beim Durchtritt des Kindes während des Geburtsaktes entstanden, ist nicht auszuschliefsen. Viel wahrscheinlicher ist jedoch, dafs man es mit einer in utero entstandenen spontanen Gangrän zu thun hat.

II. Beobachtungen über die Diagnose und Behandlung der akuten Blennorrhoe mit besonderer Berücksichtigung der Protargoltherapie von A. L. Wolbarst - New - York. Verfasser zieht aus seinen Betrachtungen folgende Schlüsse:

„1. Frühe und energische Behandlung ist in jedem Falle der akuten Urethritis angezeigt, besonders bevor die Urethra posterior in den entzündlichen Prozefs mit hineingezogen worden ist. Je früher die Behandlung beginnt, desto gröfser ist die Wahrscheinlichkeit, dafs die Entzündung auf die vordere Harnröhre beschränkt bleibt.

2. Ein sehr enger Harnröhreneingang macht es höchst wahrscheinlich, dafs die Pars posterior mit ergriffen und die Krankheit einen schweren Verlauf nehmen wird. Rechtzeitige Meatotomie ist in solchen Fällen zu empfehlen.

3. Die Thompsonsche Zweigläserprobe verleitet zu bedenklichen Irrtümern.

4. Dieselbe soll durch eine genaue mikroskopische Untersuchung des Sekrets auf Gonokokken kontrolliert werden.

5. Bei Urethritis posterior sind Irrigationen rationell und wirksam, schmerz- und gefahrlos, vorausgesetzt, dafs sie mit genügender Technik und Vorsicht ausgeführt werden. Es ist hierbei durchaus nicht wesentlich, dafs Kalium permanganicum-Lösung verwendet wird; die physiologische Kochsalzlösung oder schwache Lösungen von Silbernitrat, Kupfersulphat etc. ergeben ebenso gute Resultate, namentlich wenn sie abwechselnd gebraucht werden.

6. Bei Urethritis anterior ist eine $^1/_8$—1prozentige Protargol-Lösung höchst wertvoll.

7. Sie wird gut vertragen, reizt und schmerzt nicht. —

8. Sie kann von Beginn an gebraucht werden, mit Ausnahme derjenigen Fälle, wo die Spritze selbst nicht vertragen wird.

9. Der profuse eitrige Ausfluſs verschwindet gewöhnilch innerhalb 7—10 Tagen; es bleibt noch ein schleimig eitriges oder wässeriges Sekret bestehen, das in weiteren 2—4 Wochen unter einem Adstringens total verschwindet.

10. Die Gonokokken verschwinden nach 2—16 Tagen, zeigen jedoch, ebenso wie der Ausfluss, die Neigung, wiederzukehren, wenn man mit den Protargoleinspritzungen vor Ablauf der dritten Woche aufhört.

11. Die durchschnittliche Dauer der Urethritis anterior, auch die hartnäckigen Fälle mit eingeschlossen, beträgt 6 Wochen. In der Privatpraxis mag diese Zeit wesentlich verkürzt werden, da man hier dreimal täglich die Einspritzung macht."

Die Vorteile der Protargolbehandlung sind;

1. Fehlen von Schmerzen und sonstigem Unbehagen.
2. Kurze Dauer des ursprünglich profusen Ausflusses.
3. Kurze Dauer des ganzen Krankheitsverlaufes.
4. Geringere Gefahr der Komplikationen.
5. Rasches Verschwinden der Gonokokken.

Die Nachteile sind:

a. Das rasche Zurücktreten des Ausflusses verleitet die Patienten zu frühzeitig, mit der Behandlung aufzuhören, noch ehe die Heilung erreicht ist. Ein Rückfall ist deshalb nicht selten.

b. Das Fehlen von Schmerzen und Beschwerden vermindert den Ernst der Krankheit in den Augen der Patienten.

c. Wenn die Lösung zu stark ist, so besteht die Gefahr, dafs der Prozefs sich in die hintere Harnröhre fortsetzt oder andere Komplikationen eintreten.

III. Die therapeutische Wirkung des kondensierten Lichtes auf die Haut von A. Ravogli-Cincinnati. In den wenigen Wochen, welche Verfasser einen Finsenschen, nach Lortet und Genaud modifizierten Apparat besitzt, hat er mit demselben mehrere Fälle behandelt und zufriedenstellende Resultate erzielt, In einem Falle von tuberkulösem Geschwür auf der Rückenhaut einer 60jährigen Frau wurde vollständige Heilung erreicht.

In einem anderen mit dem Apparate behandelten Falle bestand seit 15 Jahren Lupus vulgaris des rechten Ohrläppchens. Nach Verlust des letzteren hatte sich der Patient in die Behandlung des Verfassers begeben. Um diese Zeit hatte sich der lupöse Prozefs auf den Knorpel der Ohrmuschel und in den Meatus anditorius fortgesetzt. Der Eingang war ulceriert. Aufserdem zeigte der Kranke unterhalb des rechten unteren Augenlides eine halbkreisförmige Stelle, welche am Rande mit Lupusknötchen besetzt war, im centralen Teile eine gesunde Narbe aufwies. Nach 6 Lichtapplikationen hatte sich die ergriffene Partie am Ohr völlig verändert. Die Oberfläche wurde glatt und rein und zeigte keine Tendenz mehr zur Ulceration. Am Meatus, sowie an der Kante des Ohrknorpels, welche mit lupösen Geschwürchen besät war, ist alles vernarbt. Viele Knötchen sind verschwunden.

In einem Falle von Lupus erythematosus, der 9 Jahre bestanden hatte und mit allen möglichen Mitteln behandelt worden war, wurde mit der Applikation des kondensierten Lichtes ein auffallend guter Effekt erzielt. Allerdings dauerte es bei der grofsen Ausdehnung der afficierten Fläche lange, ehe man dieselbe bei 1—2 Applikationen täglich mit der Beleuchtung durchschritten hatte. — Gewöhnlich zeigt der Bezirk am Tage nach der Applikation des kondensierten Lichtes eine entzündliche Reaktion, charakterisiert durch Röte und ödematöse Schwellung. In 4—5 Tagen verschwindet diese Reaktion und hinterläfst eine glatte dünne Oberfläche.

Seit der Einführung der gegenwärtigen Therapie hat Verfasser keine Salbe oder lokale Applikationen angewendet. Fälle von Acne rosacea und Alopecia areata sind zur Zeit mit, wie es scheint, gutem Effekte noch in Behandlung.

IV. Ein Beitrag zur Dermatotherapie von T. G. Lusk-New-York. Verfasser empfiehlt gegen Hautkrankheiten, welche durch septische Stoffe oder rein äufsere Ursachen hervorgerufen werden, eine Kombination von Acetanilid, Zinkoxyd und Jodstärkemehl (5prozentig) nach folgender Formel:

℞	*Acetanilid*	3,75
	Zinci oxydat.	11,00
	Jodstärkemehl (5prozentig)	15,00

Diese Mischung wird mit einer hinreichenden Menge Wasser oder Olivenöl zu einer Paste oder Tinktur verrührt und mit einer steifen Bürste aufgepinselt. Man läfst dann die Stelle trocken werden und legt, um jede Reibung zu verhüten, Gaze darauf. Mit dem Mittel können erfolgreich behandelt werden: oberflächliche Brandwunden, Impetigo, Ecthyma, Herpes, Zoster simplex und progenitalis, Folliculitis und Perifolliculitis und viele andere Hautkrankheiten.

I. **Zwei Fälle einer seltenen papulösen Affektion der Achselhöhle**, von G. H. Fox und J. A. Fordyce. Die Affektion bei der 20jährigen, mageren, stark nervösen Patientin bestand seit ca. einem Jahre und verursachte ein intensives Jucken, das Schlaflosigkeit und schlechtes Allgemeinbefinden zur Folge hatte. Der Ausschlag in der Achselhöhle war charakterisiert durch zahlreiche kleine, feste, glatte, abgerundete, schwach rote Papeln, deren Aussehen an ein chronisches, lichenoides Ekzem erinnerte. Über der Regio pubica fanden sich einige ähnliche, jedoch nicht von so heftigem Jucken begleitete Efflorescenzen.

Verfasser hatte Gelegenheit noch einen zweiten ganz ähnlichen Fall bei einem äufserst nervösen jungen Manne zu beobachten. Hier zeigten die Papeln in der Achselhöhle eine fast normale Hautfarbe. Verfasser läfst es dahin gestellt bleiben, ob das Jucken in beiden Fällen die Ursache oder die Folge der Nervosität der Patienten gewesen ist.

Die angewandte Therapie erwies sich leider wenig erfolgreich.

Die mikroskopische Untersuchung ergab folgende histologische Veränderungen: 1. eine Hypertrophie, welche hauptsächlich die Schweifsdrüsenmündungen, ihren intraepidermoidalen Teil und die Mündungen der Haarfollikel ergriffen hatte; 2. konsekutive Hypertrophie des Stratum spinosum (Akanthosis) in der Umgebung der veränderten Schweifsdrüsen und Haarfollikel; 3. mechanische Dilatation der Knäueldrüsen; 4. mehr oder weniger chronisch-entzündliche Veränderungen in der Cutis.

Das histologische Bild ist demjenigen der Parakeratosis ähnlich.

II. **Ein Fall von idiopathischem, multiplem Hautsarkom**, von H. H. Kohler und J. C. Johnston. Die Affektion bei dem 50jährigen Patienten besteht seit 1899 und ist charakterisiert durch zahlreiche, am ganzen Körper symmetrisch verteilte, rötlichbraune, feste indolente, vaskularisierte Tumoren. Handteller und Fufssohlen sind frei. Nirgends besteht Ulceration. Der Patient sieht wegen der Tumoren im Gesicht und der starken Infiltration der Augenlider sehr entstellt und einem Leprösen nicht unähnlich aus, erfreut sich aber sonst eines allgemeinen Wohlbefindens. Die Lymphdrüsen sind nirgends vergröfsert. Die Behandlung mit Arsenik innerlich, später mit Injektionen hat keinen nennenswerten Erfolg gebracht.

In ätiologischer Beziehung ist die Angabe des Patienten von Interesse, dafs er auf einer weiten Reise in einem sehr heifsen Raume schlafen mufste und stark geschwitzt habe; bald darauf sei er wieder in einen kalten Raum versetzt worden. Kurze Zeit später habe sich der Ausschlag entwickelt und rasch über den ganzen Körper verbreitet. Einzelne Knoten werden, wenn der Patient schwitzt, hämorrhagisch.

Nach den histologischen Befunden handelt es sich um ein kleinzelliges Spindelzellensarkom, wobei durch starke endotheliale Proliferation die Sarkomelemente in dem älteren Teile des Tumors verdrängt worden sind. Es ist frei von Pigment und gehört zur Klasse der Sarkoidgeschwülste. Klinisch wäre es der von Unna aufgestellten ersten unter den Sarkomvarietäten, nämlich dem „Sarcoma multiplex cutaneum durum album“ zu vergleichen.

III. **Ein ungewöhnlicher Fall von Chinin-Idiosynkrasie**, von H. W. Stelwagon-Philadelphia. Der Fall betrifft einen sonst gesunden und kräftigen Mann in den mittleren Jahren. Etwa 20—25 mal hat er auf die minimalsten Dosen Chinin, er mochte dasselbe als Pulver oder in einer Mixtur innerlich einnehmen oder äufserlich als Tonikum für die Kopfhaut oder in irgend einer anderen Form gebrauchen, einen krebsroten, scharlachartigen, mit intensivem Jucken verbundenen Ausschlag bekommen,

dem gewöhnlich Desquamation nachfolgte. Einige Wochen dauerte es jedesmal, bis die letzten Spuren verschwunden waren. Mehrere Male wurde Scharlach diagnostiziert, bis man endlich dahinterkam, daſs es sich um ein Chininexanthem handelte.

C. Berliner-Aachen.

The British Journal of Dermatology.

Band 14. Januar 1902.

Granuloma annulare, von H. R. Crocker-London. Im Jahre 1898 hatte Verfasser auf der Jahresversammlung der amerikanischen dermatologischen Vereinigung zu Milwaukee über „Lupus erythematosus als einen Imitator" gesprochen und über einen Fall berichtet, bei welchem der Lupus erythematosus das Krankheitsbild des Lichen planus nachahmte. Weitere ähnliche Fälle veranlaſsten den Verfasser später, einen besonderen Krankheitstypus aufzustellen, welcher etwa die Mitte zwischen Entzündung und Neoplasma einnahm und sowol durch klinische wie histologische Merkmale genügend charakterisiert war. Von diesem Typus werden im folgenden sechs bisher beobachtete Fälle beschrieben und die histologischen Befunde mitgeteilt.

Danach handelt es sich um eine Affektion, die charakterisiert ist durch langsam sich entwickelnde bläulichrote oder ganz blasse feste, indolente, zuweilen warzige, zuweilen mehr flache und den Lichenpapeln ähnliche Knötchen und Papeln, welche die Neigung zeigen, teilweise zu konfluieren und Ringe oder Segmente von Ringen zu bilden. Dieselben sind hauptsächlich an den oberen Extremitäten oder am Nacken lokalisiert. Ihre auſserordentliche Indolens sowohl in der Entwickelung als auch im Verlaufe deutet darauf hin, daſs sie keine gewöhnliche Entzündung darstellen, obwohl sie die Tendenz zeigen, centralwärts abzuheilen und peripher sich gleichmäſsig auszudehnen.

Histologisch besteht ein Knötchen aus dichten Zellmassen, deren Hauptteil zwischen zwei Haarfollikeln liegt oder diese umklammert. Das Stratum corneum ist sehr wenig, die Stachelzellenschicht dagegen enorm verdickt und verlängert. Die Papillen sind im centralen Teile ganz obliteriert, aber nicht in der Peripherie, wo sie breiter und kürzer sind. Im ganzen zeigte die Struktur des Knötchens das Bild eines Granulomas.

C. Berliner-Aachen.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1901. Heft 12.

Der rezidivierende Herpes der Haut, von W. Dubreuilh und F. Dosso. Von dieser Form des Herpes sind im ganzen erst wenige Fälle veröffentlicht. Zu den fünf bis jetzt bekannten Beobachtungen teilen die Verfasser fünf weitere Krankengeschichten mit.

Klinisch lassen sich zwei Formen des rezidivierenden Herpes unterscheiden: ein Herpes facialis und ein Herpes glutaealis. Ersterer kommt meistens bei jungen Leuten zur Beobachtung und tritt meistens schon in der ersten Jugend auf, die befallenen Individuen sind sonst in jeder Weise gesund. Der Ausschlag — kleine Herpesbläschen im Gesicht — wiederholt sich mit ziemlicher Regelmäſsigkeit alle paar Tage bis Monate und kündigt sich gewöhnlich schon Stunden bis Tage vorher durch Brennen und Stechen in der Hautstelle an, die befallen sein wird. Der weitere Verlauf ist wie bei jedem Herpes, nach 8—10 Tagen ist alles vorbei, nur eine kleine Narbe bleibt gewöhnlich zurück. Im allgemeinen ist es immer dieselbe Hautstelle, die erkrankt. Ob und in welchem Lebensalter die Krankheit aufhört, darüber ist noch

nichts bekannt. Jede Behandlung hat sich ihr gegenüber bis jetzt als ohnmächtig erwiesen.

Im Gegensatz zu dieser Form entwickelt sich der Herpes glutaealis im allgemeinen im Alter von 20—30 Jahren bei neuropathischen, asthmatischen, arthritischen Personen. Das Zusammentreffen mit Migräne oder das Abwechseln mit dieser ist keine seltene Erscheinung; Neuralgien an entfernteren oder dem kommenden Ausschlag benachbarten Stellen zeigen auch häufig den Ausbruch des Herpes an. Der Verlauf ist derselbe wie der des Herpes facialis; die Therapie hat sich auch hier bis jetzt als ohnmächtig erwiesen. Mit dem nach Antipyringenufs auftretenden Herpes kann er leicht verwechselt werden; doch unterscheidet sich der Antipyrinausschlag unter anderm dadurch, dafs er einen Pigmentflecken, keine Narbe hinterläfst.

Man könnte endlich noch die Form eines rezidivierenden Fingerherpes aufstellen. Hallopeau und Epstein haben je einen derartigen Fall mitgeteilt. Doch läfst sich über diese Form und ihre Berechtigung noch nichts bestimmtes sagen.

Die präventive antiseptische Immunisation der Prostituierten als Mittel einer allgemeinen Prophylaxe der venerischen Krankheiten, von F. P. Guiard-Paris. Das Neue der hier vorgetragenen Vorschläge besteht darin, dafs man jede Puella publica verpflichten soll, unmittelbar nach jedem Coitus die Vagina mit einer Sublimatlösung von etwa 1:5000 gründlich auszuspülen. Verfasser geht von der Annahme aus, dafs man durch derartige Ausspülungen, wenn sie nur richtig ausgeführt werden, jede Infektion verhindern könne. Er beruft sich dafür auf den Laboratoriumsversuch und auf seine langjährigen Erfahrungen. Es müsse, so führt er aus, jedes Mädchen, das sich einschreiben läfst, auf die grofsen Gefahren, die ihm im Geschlechtsverkehr mit kranken Männern drohen, nachträglich hingewiesen, und in der Technik der Ausspülungen, die er bis ins einzelne beschreibt, gründlich unterwiesen werden. Ein Irrigator aus Kautschuk und eine Mutterlösung von Sublimat 1,0:20,0 stellen das ganze erforderliche Instrumentarium dar; von der Mutterlösung werden je 20 g zu 2 Liter Wasser für eine Ausspülung genommen. Auf die Vernachlässigung dieser Vorschrift will er strenge Strafen gesetzt wissen. Hand in Hand damit soll eine humane Behandlung der Prostituierten, eine häufigere und gründlichere Untersuchung durch Ärzte und eine möglichst vollkommene Beseitigung der geheimen Prostitution gehen. Die nächstliegenden Bedenken gegen dieses System werden von dem Verfasser berücksichtigt und als bedeutungslos zurückgewiesen. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1901. Heft 12.

1. **Die blennorrhoische Harnröhrenstriktur beim Weibe**, von Léoo Imbert-Montpellier und Paul Loubeyran. Nach der Ansicht der Verfasser mufs die Möglichkeit einer blennorrhoischen Strikturenbildung in der Urethra des Weibes aus theoretischen Erwägungen von vornherein zweifelhaft erscheinen. Die weibliche Harnröhre entspricht embryologisch und histologisch der Pars posterior der männlichen Harnröhre, in der blennorrhoische Strikturen nicht vorkommen; sie besitzt gleich dieser kein spongiöses Gewebe, während es sich bei der blennorrhoischen Verengerung der Pars anterior der männlichen Urethra bekanntlich um Bindegewebsneubildung im spongiösen Gewebe handelt. — Bei der Beurteilung der bisher veröffentlichten, ziemlich zahlreichen Fälle von angeblich blennorrhoischer Striktur beim Weibe sind einige anatomische und embryologische Gesichtspunkte von Bedeutung. Die engsten Teile der weiblichen Harnröhre sind die beiden Orificien; ein Orificium externum von 6 mm Durchmesser, das eben noch eine Sonde No. 18 Charrière passieren läfst,

darf noch nicht als pathologisch verengt betrachtet werden. Von Wichtigkeit ist ferner, dafs die an der weiblichen Urethra befindliche Schicht quergestreifter Muskelfasern durch Kontraktion oder Spasmus ein Hindernis für den Aufluſs des Urins und die Einführung eines Katheters bilden kann. Die embryologische Entwickelung der weiblichen Urethra endlich läfst das nicht seltene Vorkommen kongenitaler Strikturen verständlich erscheinen. — Die Analyse der einzelnen, bisher veröffentlichten Fälle von „blennorrhoischer" Striktur beim Weibe ergiebt, dafs auch nicht ein Fall bezüglich der behaupteten Ätiologie der Kritik stand hält. Die mitgeteilten Fälle sind nach Ansicht der Verfasser nicht auf Blennorrhoe, sondern auf ganz andere, Strikturen erzeugende oder vortäuschende Momente zurückzuführen, insbesondere auf kongenitale Verengerungen, Spasmen, Polypen, Narbenbildung infolge von Ulcerationen, Gummen und dergl., schwere Entbindungen, vielleicht auch auf senile Veränderungen, Knickungen und Diviationen der Urethra. Ein definitives Urteil über das Vorkommen von „blennorrhoischen" Strikturen beim Weibe wird erst möglich sein, wenn genaue, einwandfreie Beobachtungen mitgeteilt werden, bei denen die Möglichkeit der Strikturenbildung und der Verengerung des Harnröhrenlumens durch die erwähnten Momente gebührend berücksichtigt ist; bei den bisherigen Veröffentlichungen ist das nicht der Fall.

2. **Bemerkung über die Bottinische Operation: instrumentelle Modifikationen**, von E. Desnos. Nach den Erfahrungen des Verfassers ergiebt die Bottinische Operation bei circumscripter Hypertrophie eines Prostatalappens sehr befriedigende Resultate, besonders in Fällen, in denen die Kontraktilität der Blase noch erhalten ist. Kontraindiziert ist die Operation in erster Linie durch das Bestehen einer Prostatitis: eine solche erfordert die perineale Prostatektomie. Infektion der Blase oder der oberen Harnwege bildet zum mindesten keine strikte Gegenindikation. — Verschiedene Chirurgen geben genau die Zahl der Minuten und Sekunden an, die bei der Bottinischen Operation für einen Schnitt von bestimmter Länge nötig sein sollen. Derartige Angaben sind vollständig wertlos; denn je nach dem Widerstand des Gewebes, der in den einzelnen Fällen sehr verschieden ist, mufs auch die für den Schnitt erforderliche Zeit variieren. — Das beste der bisher für die Bottinische Operation angegebenen Instrumente ist das Freudenbergsche. Aber auch dieses hat seine Nachteile. Der Widerstand, den das Prostatagewebe dem Messer leistet, ist zu schwach, als dafs er der Hand des Operateurs deutlich fühlbar würde, infolge dessen geht die Klinge nicht selten über die hypertrophischen Partien hinweg ohne dieselben zu durchtrennen. Aufserdem wird die glühende Platinklinge bei einer nur einigermafsen raschen Umdrehung der Schraube durch die vorstehende Prostata leicht abgebogen; beide Branchen können sich berühren und der Strom ist dann unterbrochen, die Klinge hört auf zu glühen; die Entfernung des verbogenen Instrumentes ist überdies schwierig und gefährlich. Der Verfasser hat nun die Schraube, die in dem Freudenbergschen Instrument die Platinklinge bewegt, durch einen Stellhaken mit breiten Zähnen, der durch ein Rad in Bewegung gebracht wird, ersetzt. Die Hand, welche dieses Rad bedient, fühlt den geringsten Widerstand; sobald ein solcher bemerkbar wird, wird die Klinge zum Glühen gebracht und dann das Rad ganz langsam gedreht, dabei mufs das vorspringende Prostatagewebe unfehlbar durchtrennt werden. Eine weitere, ganz einfache Modifikation ermöglicht das Abnehmen der Platinklinge; man kann infolgedessen Klingen von verschiedener Gröfse je nach dem Grad der vorliegenden Hypertrophie anwenden.

3. **Drei Fälle von hysterischer Hämaturie**, von Guisy-Athen. Kurze Beschreibung dreier Fälle von Hämaturie, die alle drei ausgesprochen hysterische Individuen betrafen. In zwei Fällen, bei denen es sich um eine 38jährige Frau und

einen 48jährigen Mann handelte, waren im Verlaufe der letzten zwei, bezw. zwölf Jahre je dreimal immer nach starken Erregungen rasch vorübergehende Anfälle von Hämaturie aufgetreten. Der dritte Fall betraf eine zur Zeit 49jährige, kräftige, robuste Frau, bei der jede Erregung vom 27. bis zum 46. Lebensjahre von einer kurzen Hämoptoe und vom 46. Jahre an abwechselnd von Hämoptoe oder Hämaturie gefolgt war; einmal trat nach einer Erregung eine schwere Hämatonese ein. Die Erscheinungen schwanden stets rasch und spontan nach Beruhigung der Nerven. An den inneren Organen der Frau, insbesondere auch an Herz und Lungen liefs sich nichts abnormes nachweisen. — In allen drei Fällen erwiesen sich die Harnorgane als vollständig intakt. Es kann sich nach Ansicht des Verfassers nur um drei Fälle von hysterischer Hämaturie gehandelt haben. *Götz-München.*

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1901. Heft 12.

Einige Bemerkungen über Form und Farbe der Haut und ihrer Anhänge, von Ch. Audry-Toulouse. Diese zur Eröffnung eines neuen Semesters gehaltene Vorlesung ist mit dem lateinischen Motto versehen: Corporea pulchritudo in pelle solummodo constat und betrachtet die Haut vom Standpunkt des Künstlers aus. In geistvoller Weise werden der Einfluss des elastischen Gewebes auf Form- und Faltenbildung der Haut, die Abhängigkeit ihrer Färbung von der Anwesenheit von Pigment, von Fettgewebe, von Blutgefäfsen beleuchtet. Manche Unterschiede in der Auffassung der niederländischen und der italienischen Maler werden auf diese Verhältnisse zurückgeführt. Allen, denen diese Fragen am Herzen liegen, sei die kleine Arbeit, die manche hübsche Einzelheit enthält, empfohlen.

Natrium cacodylicum zur Behandlung der Lepra, von L. Raynaud-Algier. R. hat in sechs Fällen von ausgesprochner Lepra — in fünf derselben war der Bacillus Hansen nachgewiesen — das kakodylsaure Natron in subcutaner Einspritzung mit dem glücklichsten Erfolg angewandt, indem allemal eine bedeutende Besserung des Allgemeinbefindens mit erheblicher Gewichtszunahme, viermal auch Vernarbung vorhandener Geschwüre erzielt wurde. Die Patienten erhielten lange Zeit 0,05 bis 0,1 Natrium cacodylicum täglich eingespritzt, ohne dafs sich nennenswerte Störungen einstellten. *Türkheim-Hamburg.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1902. Heft 5.

Folliculitis squammo-ulcerosa als Begleiterscheinung des Ulcus molle, von J. Feliciani. Es handelt sich um einen 26jährigen Mann, bei dem man im Verlaufe eines weichen Schankers, in der Umgebung der Genitalien (Mons veneris und Inguinalgegend) zwei ulcerierte Stellen konstatierte, welche sich bis in das Unterhautzellgewebe erstreckten. Die mikroskopische Untersuchung ergab das Vorhandensein einer hochgradigen kleinzelligen Infiltration des ganzen Cutisgewebes, besonders in der Umgebung der Haarfollikel, von denen einzelne bedeutend erweitert, zum Teil leer, zum Teil mit epithelialem, amorphem, glänzendem, hornartigen Material erfüllt waren. Bakteriologisch wurde der Staphylococcus aureus und albus nachgewiesen. Verfasser will damit keineswegs die Spezifizität des Ulcus molle in Frage stellen, sondern blofs auf Grund dieses Falles auf die Thatsache hinweisen, dafs es eine ulceröse, septische, keratinisierende Endofolliculitis giebt, welche sich auf das Kontagium des Ulcus molle zurückführen läfst.

Über einen Fall von tuberkulösem Geschwür der Vulva und Vagina, von Sacchi. Verfasser giebt zunächst eine Beschreibung der Ästhiomene und teilt sodann den mikroskopischen Befund eines eigenen Falles mit, wobei er zum Resultate gelangt, dafs die anatomische Struktur des tuberkulösen Ulcus, abgesehen von dem Tuberkel, absolut identisch ist mit derjenigen bei der Ästhiomene. Von dieser Identität der Struktur schliefst Verfasser auch auf eine Identität der Pathogenese: wiederholt und kontinuierlich wirkende Reize, welche eine aktive und passive chronische Kongestion der befallenen Region verursachen mit nachfolgenden Gefäfsveränderungen, die zu Verengerung und vollständiger Obliteration des Lumens führen, welche Erscheinung wiederum eine mangelhafte oder fehlende Ernährung mit Geschwürsbildung zur Folge hat.

Ein Teil der tuberkulösen Geschwüre der Vulva stammt von chronischen, nicht spezifischen Ulcerationen ab, auf die sich zufälligerweise der Tuberkelbacillus ablagern kann. Diese sekundäre Infektion kommt leichter und häufiger bei Frauen vor, welche gleichzeitig oder in früherer Zeit tuberkulöse Veränderungen in anderen Organen aufgewiesen haben.

Beitrag zum Studium der fettsecernierenden Drüsen in der Mundschleimhaut des Menschen, von Calderone. Derartige Drüsen, welche sich dem Typus der Talgdrüsen der Cutis annähern, wurden zum ersten Mal von Fordyce (1896), dann von einer Reihe anderer Autoren, wie Respighi, Audry, Delbanco, Garnier und Bonin und anderen nachgewiesen. Verfasser hat diese Untersuchungen weiter verfolgt und die gleichen Gebilde bei einer Reihe von gesunden und kranken Individuen gefunden; bei Frauen und Kindern sind sie selten; am häufigsten kamen sie bei den 45 Individuen (von 100) zwischen dem 20. und 60. Jahre vor. Lokalisiert sind sie meist auf der Schleimhaut der Wangen, dann im Lippenrot und an der Zungenwurzel. Verfasser glaubt, dafs es sich um eine primäre, embryonale Differenzierung der Schleimhautdrüsen handelt.

Beitrag zum Studium des Haarwechsels beim Menschen, von Veneziani. Verfasser zählt zunächst die verschiedenen Theorien über den Haarwechsel auf, beschreibt dann den Haarwechselprozefs in seinen verschiedenen Phasen, die er in zwei Perioden mit je drei Stadien einteilt, eine Periode der allgemeinen Atrophie und eine Periode der Neubildung, die er an Embryonen und Neugeborenen studiert hat. Auf Grund seiner Untersuchungen stellt er die Hypothese auf, dafs in einem gewissen Augenblicke des fötalen Lebens, aus uns noch unbekannten Gründen eine allgemeine Denutrition der Cutis und der Epidermis eintritt und dafs nach Ablauf derselben diese Organe und ihre Adnexa wieder normal zu funktionieren anfangen. Welches diese Ursache der Denutrition ist, dies festzustellen bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten.

Abnorme squammöse Dermatosen, von Casoli. (Fortsetzung.) In diesem zweiten Teile werden die anormalen Formen der Pityriasis und die pityriasisartigen Dermatosen, die Pityriasis rubra Hebrae, die allgemeine exfoliative Dermatitis besprochen.

Experimentelle Untersuchungen über den Herpes tonsurans und den Favus, von Truffi. (Fortsetzung.) Studie über die Trichophytonvarietäten. Nach einem geschichtlichen Überblick der verschiedenen Arbeiten über diesen Gegenstand beschreibt Verfasser die einzelnen Pilzformen unter Zugrundelegen der Arbeiten von Sabouraud. Wird fortgesetzt.

Das Coley'sche Serum und die Hautsarkomatose, von N. La Mensa. Dieses Serum enthält bekanntlich die toxischen Produkte des Erysipels und des Bacillus prodigiosus und wird in inoperablen Fällen von Hautsarkomatose auf hypodermalem

Wege in den Organismus eingeführt. Verfasser hat dieses Serum in einer Reihe derartiger Fälle nach den Vorschriften Coleys angewendet und kommt zum Schlusse, dafs die genannte Kur bei der Hautsarkomatose nicht nur keinen Nutzen, sondern vielmehr Schaden bringen kann, indem sie dem Patienten statt Vorteile eine Reihe von mehr oder weniger intensiven Störungen verursachen können. Wenn sie auch nur vorübergehender Art zu sein scheinen, so läfst sich doch ihre fernere Wirkung auf einen bereits abgeschwächten und von selbst hervorgebrachten toxischen Produkten gesättigten Organismus nicht absehen. *C. Müller-Genf.*

Bücherbesprechungen.

Reichs-Medizinal-Kalender für Deutschland 1902, von Julius Schwalbe. (Georg Thieme, Leipzig 1902.) Gegen die früheren Jahre weist der Kalender verschiedene Neuerungen auf: Neben der preufsischen Arzneitaxe noch die amtlichen Taxen von Bayern, Sachsen, Württemberg, Hessen, Mecklenburg, Hamburg und der Reichslande, ferner sind hinzugefügt: Körpergewichte beim wachsenden Säugling, Verzeichnis der Heil- und Pflegeanstalten, Bade- und Kurortliste, Entscheidungen der Ehrengerichtshöfe und das neue (5.) Kapitel: „Das ärztliche Fortbildungswesen in Deutschland."

Das Personalverzeichnis der Ärzte hat diesmal besondere Mühe gekostet, da die neuesten Volkszählungsresultate in Betracht gezogen sind bei Anführung der Bevölkerungszahl der einzelnen Orte. Ferner wurden in diesem Teile noch berücksichtigt die grofsen durch das Kreisarztgesetz hervorgerufenen Veränderungen. Auch wurden diejenigen Gemeinden besonders (durch ein „K") hervorgehoben, die ein Krankenhaus besitzen.

Mit Recht wendet sich am Schlusse der Vorrede der Herausgeber an die Kollegen, ihm jede Wohnungs- oder Standesänderung sofort anzuzeigen, damit womöglich schon im nächsten Jahre Berichtigung erfolgen kann. Auch werden viele Beschwerden an den Herausgeber gerichtet, die bei näherer Nachforschung auf einem Irrtum des Beschwerdeführers beruhen. Ganz und gar sind Unrichtigkeiten überhaupt nicht zu vermeiden, da das Werk bereits im Oktober abgeschlossen wird, und nachträglich eingehende Änderungen erst im nächsten Jahrgang berücksichtigt werden können.

Wir haben geglaubt, diese berechtigten Forderungen auch unsererseits den Kollegen ans Herz legen zu sollen, um dem verdienstvollen Herausgeber sein schweres Werk wenn auch nur zu einem recht kleinen Teile erleichtern zu helfen.

Das Werk selbst dürfte allen Kollegen schon so bekannt sein, dafs es einer besonderen Empfehlung von unserer Seite nicht mehr bedarf. Uns ist es schon seit Jahren unentbehrlich geworden. *P. Taenser-Bremen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Progressive Ernährungsstörungen.

a. *Maligne.*

Die Behandlung der bösartigen Geschwülste mit Arsenverbindungen, von Carl Trunecek. (*Wien. med. Wochenschr.* 1901. No. 19.) Die Arsenbehandlung maligner Tumoren wird in folgender Weise gehandhabt. Man nimmt:

Acid. arsen. pulv.	1,0	oder:	*Liq. Kali. arsenic.*	1,0
Alcohol. absolut.			*Alcohol. absolut.*	
Aq. dest.	ad 75,0 (— 40,0)		*Aq. dest.*	ad 7,5

Das von Zerfallsprodukten befreite carcinomatöse Ulcus wird ohne weiteren Verband täglich 1—2 mal hintereinander mit der Lösung bestrichen, wobei die entstandene braune Kruste nicht entfernt wird, die sich vielmehr spontan mit der Zeit abheben muſs, wobei jede Gewalt zu vermeiden ist. Je dicker die Kruste wird, desto stärker muſs die Lösung genommen werden. Nach Ablösung der Kruste wird am besten die zweite Lösung aufgepinselt. Bildet sich eine dünne, gelbgrüne, leicht abhebbare Kruste, dann ist das carcinomatöse Gewebe als entfernt anzusehen; eine festhaftende, dunkelbraune Kruste bedeutet carcinomatöse Beschaffenheit der Wunde und erfordert erneute Arsenapplikation. Auch im ersteren Fall trägt man noch einige Zeit Arsen auf. — Wo die Haut intakt ist, muſs wenigstens eine kleine Stelle des Carcinoms bloſsgelegt werden, worauf die Arsenbehandlung beginnt; das ganze Carcinom bloſszulegen, ist nicht nötig. Vorbedingungen für die Behandlung sind: 1. daſs das Carcinom noch lokal geblieben ist, keine Drüsenschwellungen vorhanden sind; 2. daſs es bequem zugänglich ist, ohne daſs man eine Vergiftung durch das Arsen (wie z. B. im Pharynx) fürchten müſste. In Fällen, die sich für die Arsenbehandlung wie für chirurgische Eingriffe eignen, hat erstere manche Vorteile; sie läſst jeden Carcinomrest erkennen, macht eine Inokulation unnötig, vernichtet nicht unnütz benachbarte gesunde Teile. — Verfasser hat sehr gute Erfolge erzielt, niemals Intoxikation durch das Arsen bemerkt. Ein zuweilen sich einstellendes entzündliches Ödem schwindet, wenn man mit der Behandlung pausiert. — Das Mittel gestattet vor allem auch eine Frühdiagnose und klärt so bei Zeiten über den Charakter eines Geschwüres auf. — Die mikroskopische Untersuchung ergiebt, daſs das Arsen eine einfache Nekrose der Krebszellen hervorruft. — Zur Erklärung des Vorganges spricht Verfasser von einer Arsenophilie der Krebszellen. — Verfasser resumiert:

1. Die Carcinom- und Sarkomzellen werden direkt durch das Arsen nekrotisiert, ihr Protoplasma koaguliert. 2. Wo sich Stroma befindet, also in Epithelialgeschwülsten, tritt eine Degeneration seiner Zellen und Exsudation ein, welch' letztere wieder Veränderungen in den Krebszellen hervorruft. 3. In den umgebenden gesunden Partien tritt unter dem Einfluſs des Arseniks eine demarkierende Entzündung auf, welche immer in Eiterung übergeht und bewirkt, daſs der nekrotisierte Tumor wie ein Fremdkörper eliminiert wird. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Das Carcinom-Protozoon, von H. R. Gaylord-Buffalo. (*Am. Journ. med. Science.* Mai 1901.) Verfasser berichtet ausführlich über seine eingehenden Untersuchungen über diesen Gegenstand und bestätigt im wesentlichen die von Plimmer und von Russell

beschriebenen Beobachtungen. Seiner Meinung nach sind die Plimmerschen Körperchen, welche dieser im Laufe von 6 Jahren bei 1130 von 1278 Krebsfällen konstatierte, als die Ursache des Carcinoms anzusehen, und die Russellschen „Fuchsinkörperchen" sind wahrscheinlich nichts Anderes, als Stadien desselben Organismus mit einigen durch die verschiedenen Färbemethoden bedingten Unterschieden. Grofses Gewicht legt G. auf die genaue Anwendung der Plimmerschen Färbung; einige Forscher haben damit unklare Resultate erhalten, doch erklärt Verfasser dies dadurch, dafs sie wohl ohne Anwendung von Wasserstoffsuperoxyd arbeiteten infolge einer Publikation im *„Practitioner"*. Bei einer grofsen Reihe von verschiedenen Carcinomen und Sarkomen, welche er im Laufe der letzten 2 Jahre untersuchte, hat Verfasser diese Gebilde nur einmal bei einem nicht mehr frischen Präparate vermifst. Auch erhielt er bei Inokulationen intraperitoneal und in die Jugularvene bei Meerschweinchen, Hunden und Kaninchen positive Resultate. Bemerkenswert ist es auch, dafs bei direkter Impfung mit Krebsmaterial Meerschweinchen im Durchschnitt nach 58 Tagen zu Grunde gingen, während bei weiterer Überimpfung von diesen so infizierten Tieren ab die Lebensdauer nur 29 Tage betrug. Kaninchen widerstanden dem Virus etwas länger.

Dafs es sich hierbei um einen animalischen Organismus handelt, ergiebt sich aus dessen Verhalten im hängenden Tropfen. Die sonst den Eindruck kleinster Fetttropfen machenden Körperchen wachsen allmählich aus, werden granuliert, zeigen ein charakteristisches Oscillieren und stofsen bei geeigneter Erwärmung Pseudopodien aus; schliefslich erscheinen sie als gröfsere Säckchen, in denen Sporen eingeschlossen sind. Von Fetttröpfchen sind sie verhältnismäfsig leicht zu unterscheiden durch ihr geringeres Lichtbrechungsvermögen, sowie durch Anwendung von Äther und von Osmiumsäure. Gefunden werden sie in allen Organen, im Blut und namentlich im Saft der Krebsknoten, der sich fast als Reinkultur derselben ausweist. Mit den Vaccinekörperchen in deren ersten Stadien zeigen sie viel Ähnlichkeit, und Verfasser spricht sich entschieden dahin aus, dafs beide Organismen zu der gleichen Kategorie gehören. Von Hefepilzen dagegen waren sie morphologisch sowohl wie ihrem sonstigen anatomischen und physiologischen Verhalten nach bestimmt zu unterscheiden.

Es verlohnt sich durchaus, diese sorgfältigen und ausgedehnten Beobachtungen, bei denen Verfasser die Arbeiten von Sanfelice u. a. eingehend beachtet hat, auch im Original nachzulesen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Das Wesen der Schüllerschen Krebsparasiten, von Friedrich Völcker-Heidelberg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 30.) Nach sehr eingehenden Untersuchungen glaubt Verfasser mit Bestimmtheit aussprechen zu können, dafs die Schüllersche Entdeckung der Krebsparasiten nur einem durch den Korkpfropfen verunreinigten Öle oder dergleichen zu verdanken ist. Das frappierendste seiner Befunde, die grofsen Kapseln und das Maschenwerk sind sicher nichts als Korkzellen. (Dasselbe Urteil ist übrigens fast gleichzeitig von Hauser Erlangen in der Buchanzeige zu Schüllers Werk abgegeben worden. S. *Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 31. Ref.) *A. Loewald-Cassel.*

Ein Beitrag zur Pathogenese des Krebses, von J. Marnoch-Aberdeen. (*Lancet.* 6. Juli 1901.) Versuche von Kaufmann an den Kämmen und Bartlappen von Geflügel hatten ergeben, dafs die operativ versenkte Epidermis nach 210 Tagen zwar nicht weiter gewuchert, aber auch nicht abgestorben war, dagegen eine atheromartige Degeneration erlitten hatte. Um der Frage von dem carcinomatösen Hineinwuchern von Epithelzellen in ihre Umgebung näher zu treten, führte M. an Kaninchen und Meerschweinchen eine Reihe von Experimenten aus, indem er Hautstückchen teils mit, teils ohne verbindenden Stiel, sowie auch Krebsstückchen unter die Haut ein-

nähte, oder auch zwischen die Muskulatur in die Bauchhöhle einschloſs. In jedem Falle war je nach dem Zeitpunkt der nachherigen Untersuchung eine mehr oder minder vollständige Resorption des eingelegten Gewebes zu konstatieren, von einem Weiterwuchern war niemals die Rede. Demnach ist nicht anzunehmen, daſs die einfache Verlagerung von Epithelzellen an sich genügt zur Entstehung einer carcinomatösen Neubildung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Krebs, speziell Hautkrebs, von Ellice M. Alper-New York. (*New York med. Journ.* 3. August 1901.) A. hebt die groſse Häufigkeit des Hautkrebses beim männlichen gegenüber dem weiblichen Geschlechte hervor (bei ersterem 4 mal häufiger wie bei letzterem); Krebs der Zunge 7 mal und der Unterlippe 200 mal häufiger. Da Gesicht und Lippen beim Manne äuſseren Schädlichkeiten, wie beim Rasieren und Rauchen, speziell zugänglich sind, so führt dies darauf, daſs lokale Reizung, wenn auch nicht die hauptsächliche, so doch eine anregende Ursache für Hautkrebs ist, was ja auch durch den Kaminkehrerkrebs bewiesen ist. In seinen weiteren Betrachtungen kommt A. zu dem Ergebnisse, daſs besonders kräftige, bis dahin ganz gesunde Individuen mit Vorliebe vom Carcinom ergriffen werden, während schwächliche Leute meist davon verschont bleiben; er führt dafür eine sehr ansprechende Theorie an, wonach hochwertige Zellen eine reproduktive Thätigkeit weit über den Körperbedarf entfalten und dies speziell mit den Epithelzellen der Fall sei. Wenn wir nun epitheliale Überwucherung als die Ursache von Krebs ansehen, so sollten wir dieselbe eher in den Geweben derjenigen finden, welche blühende Gesundheit bisher genossen, als bei Syphilitischen und Tuberkulösen, und zu einer Lebenszeit, wo die Gewebe im Zenith ihrer Reife (im mittleren Lebensalter) stehen und in jenen Organen, wo die Zellreproduktion normalerweise am meisten thätig ist, wie in den Milchgängen der Brust und in der Gebärmutter, was alles mit den statistischen Thatsachen übereinstimmt. Hautkrebs, ebenso wie andere Arten von Carcinom, kommt meist im mittleren Lebensalter, selten vor dem vierzigsten Jahre vor. Häufig stellt sich der Hautkrebs auch an jenen Teilen ein, wo vorher eine gutartige Neubildung (z. B. Warze) bestanden hat. Alle Arten von Carcinom haben gewisse gemeinsame Erscheinungen, welche sie von gutartigen Geschwülsten unterscheiden, in erster Linie eine beinahe knorpelartige Härte, welche auffallend von dem umgebenden Gewebe absticht, ein speziell wächsernes Aussehen am Rande der Geschwulst, und schliefslich ist allen Krebsformen die Neigung zu Ulceration gemeinsam. Dieses Geschwür ist wieder charakteristisch durch den harten, wachsartigen Rand mit den erweiterten Blutgefäſsen. Ein sehr gewöhnlicher Typus ist das Ulcus rodens, welches statt in der Peripherie sich auszudehnen, in die Tiefe dringt und weiche Gewebe ebenso wie Knochen angreift. Bei allen Arten von Hautkrebs ist Schmerz eher die Ausnahme als die Regel. Im Gegensatz zu Krebs ist bei Syphilis die Geschwürsentwickelung viel rascher und besteht auch nicht die knorpelartige Härte des Epithelioms. Die Behandlung des Hautkrebses erfordert viel Überlegung und dreht sich eigentlich nur um die Frage, ob operieren oder nicht, da innere Mittel sich bis jetzt als wertlos erwiesen haben. Oberflächliche Epitheliome und die bei sehr alten Leuten vorkommenden wachsen gewöhnlich sehr langsam, sind sehr indolent; andererseits sollten Neubildungen in der Nähe wichtiger Lymphwege baldigst entfernt werden. Probeexcisionen sind ein gefährliches Mittel, da häufig dabei Krebszellen in vorher gesundes Gewebe zerstreut werden. Dieselbe Gefahr besteht bei der Operation unter Infiltrationsanästhesie. In jenen Fällen, wo die Lymphwege noch nicht ergriffen oder bedroht sind, und der Patient durchaus die Operation verweigert, hat A. mit gleich gutem Resultate kaustische Mittel und hier in erster Linie Arsenik angewandt. Dasselbe

soll eine selektive Wirkung für Krebszellen haben und ist dem Chlorzink oder Ätzkali, welche in gleicher Weise gesundes und krankes Gewebe zerstören, vorzuziehen. Arsenik, entweder als Paste oder in Lösung angewandt, verursacht eine Nekrose des Krebsgewebes und zerstört durch seine Entzündung erregende Wirkung die Lebensfähigkeit der Krebszellen. Die entstehende Wunde sieht zwar äußerlich sehr schlecht aus, füllt sich jedoch rasch mit Granulationsgewebe und giebt oft ein überraschend gutes, kosmetisches Resultat. Sind die Lymphgefäße ergriffen, so bleibt das Messer das einzige Heilmittel. Die inoperablen Fälle müssen palliativ mit antiseptischen und desodorierenden Verbänden behandelt, wenn schmerzhaft, mit irgend einem anästhetischen Mittel, welches langdauernde (? Refer.) Erleichterung gewährt, benutzt werden. So lesenswert die Abhandlung Alpers ist, so fordern doch manche Punkte, wie z. B. die als gar so leicht hingestellte Unterscheidung zwischen Hautkrebs und manchen Fällen von syphilitischem Ulcus, zum Widerspruch heraus. *Stern-München.*

Über pathologische Anatomie und Histologie des Carcinoms, von v. Hansemann. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 33.) In einem längeren Vortrage in der Sitzung des Komitees für Krebsforschung entwickelt Verfasser seine Theorien über das Carcinom; er kommt zu dem Resultat, daß die Epithelien und Drüsenzellen nur Carcinome, die Bindesubstanzzellen nur Sarkome, die Endothelien aber sowohl Carcinome als Sarkome bilden können. Die genauere Histologie des Carcinoms muß im Original gelesen werden, da sie sich zum Referat nicht eignet.

Bernhard Schulze-Kiel.

Carcinom, dessen Wesen und Behandlung, von J. H. Webb-Melbourne. (*Lancet.* 12. Okt. 1901.) Nach Webbs Auffassung stellt die Carcinosis eine durch Mangel an einem bestimmten, wenn auch noch nicht bekannten, hemmenden Sekret im Körper bedingte Wucherung der Zellen des Epi- und Hypoblastes dar, während unter ähnlichem Mangel von den faserigen Bestandteilen dieser beiden Keimblätter Myxödem, und von den Zellen des Mesoblastes Sarkom ausgehen kann. Von der Annahme ausgehend, daß Cholesterin ebenso wie Thyroidextrakt eine derartige inhibitorische Einwirkung auf die Zellen besitze, injizierte er ersteres als Aufschwemmung in Seifenwasser, wobei er zugleich Thyroidtabletten verabreichte. Die Erfolge sollen sehr frappant gewesen sein, und selbst bei tötlich verlaufendem Zungenkrebs soll völlige Schmerzlosigkeit und Geruchlosigkeit erzielt worden sein. (Verfasser wird aber wesentlich präzisere Berichte liefern müssen, ehe er Nachahmer findet. Ref.)

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Behandlung der Hautepitheliome, von Charles W. Allen. (*New York med. Journ.* 9. Nov. 1901.) In der Überzeugung, daß viele Fälle von Hautkrebs, wenn frühzeitig diagnostiziert und in Behandlung genommen, heilbar sind, hat sich A. allmählich folgendes Verfahren als das beste bewährt. Fast immer muß der Rand der Neubildung kürettiert werden und zwar mit einem möglichst feinen Instrument; auf diese Weise wird der Weg für die schnellere und bessere Wirkung der Ätzpaste, des Hauptmittels, präpariert. Diese soll erst, während die Blutung der Operationswunde gestillt wird, bereitet werden und besteht aus folgender Zusammensetzung: gleiche Teile Acid. arsenic. und Orthoform oder 1 Teil weißen Arseniks auf 2—3 Teile Orthoform werden gerade mit soviel Wasser gemischt, daß es eine Paste von Butter-Konsistenz giebt. Die Paste wird sowohl auf die ausgeschabten wie die übrigen Teile der Neubildung sorgfältig aufgetragen, dann wird noch eine dünne Lage auf Kompressenstoff oder ähnlichem Verbandstoff gestrichen und so auf die kranken Stellen gebracht, daß noch ein kleines Stück gesunder Haut mit einbezogen ist. In gewissen Fällen von Epitheliom der Nasenspitze hat A. die Methode von Cherry-

Trunecek nach ausgiebigem Kürettement angewandt (Acid. arsenic. pulver. 1,0 auf Alcoh. u. Aqu. destill. ā 75,0). Die Dauer der Arsen-Applikation mufs je nach den Umständen wechseln, sollte aber im allgemeinen im umgekehrten Verhältnis zu der Stärke der Paste stehen; die schwächere läfst A. oft 24 Stunden liegen. In der Annahme, dafs wenigstens bei manchen Epitheliomen Mikroorganismen (Parasiten) eine ätiologische Rolle spielen, möchte A. glauben, dafs das Arsenik bei dieser Anwendung direkt auf dieselben wie auf ihre Produkte und die resultierende Zellenproliferation einwirkt. Die weiteren Schlüsse, zu welchen A. kommt, sind folgende: Hautkrebs kann fast immer auf vorhergehende lokale Reizung zurückgeführt werden. Krebs ist heilbar und zwar besitzen wir in der Applikation ätzender Pasten und nachfolgender kauterisierender Verbände nicht nur eine radikale Methode, sondern auch eine solche, welche in vielen Fällen dem Messer vorzuziehen ist. Je früher die Behandlung angewandt wird, desto weniger grofs ist die Wahrscheinlichkeit der Rezidive oder des Ausbrechens der Krankheit an anderen Körperstellen (infolge zurückgebliebenen Krebsgewebes). Die X-Strahlen als Behandlungsmittel sind weit entfernt, so wirksam zu sein, als die Ätzmittel. *Stern-München.*

Durch Exstirpation geheiltes Epitheliom der Kopfhaut, von A. Morelle. (*Presse méd. belge.* 1901. No. 27.) Die Kranke, eine Frau von 58 Jahren, trat am 6. Juni in das Hospital mit einem Epitheliom, welches das ganze Hinterhaupt einnahm. Eine beigefügte Abbildung zeigt die Ausdehnung der Neubildung, die vor 7 Jahren aufgetreten, einmal exstirpiert, aber bald recidiviert war. Am Nacken sind 3 geschwollene Drüsen fühlbar. Bestätigung der Diagnose durch das Mikroskop. Exstirpation einen Finger breit in scheinbar gesunder Haut. Wegen Schwäche infolge starken Blutverlusts kann die Entfernung der Drüsen nicht mit in der ersten Sitzung erfolgen. Dieselbe sollte nach 14 Tagen, als die Transplantation stattfand, mit vorgenommen werden, allein es war keine geschwollene Drüse mehr fühlbar. So wurden nur Hautschnitte vom Schenkel nach Thiersch verpflanzt, an einer Stelle, wo das Periost frei lag, wurde ein Lappen gebildet. Glatter Heilungsprozefs, nachdem einige Wochen später eine inzwischen aufgetretene kleine Nackendrüse exstirpiert worden war. Innerhalb zweier Jahre darnach keine Spur von Recidiv. *Hopf-Dresden.*

Ein Fall von Paget'scher Krankheit der Brustwarze im frühen Lebensalter, von R. Alcock-Goole. (*Lancet.* 28. Sept. 1901.) Der ganz charakteristische Fall betraf eine 28jährige Frau. Klinisch stellte sich derselbe als ein nässendes Ekzem dar, während die beigegebene Abbildung des mikroskopischen Präparates sehr deutlich die regellose Epithelwucherung erkennen läfst. Zur Zeit der Publikation, 8 Jahre nach der Totalexstirpation der Mamma, war von einem Recidiv nichts zu merken. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Weitere Resultate der Behandlung von inoperablen Sarkomen mit den gemischten Toxinen des Erysipels und des Bacillus prodigiosus, von W. B. Coley-New York. (*Philad. med. Journ.* 25. Mai 1901.) Im Laufe von 10 Jahren hat C. diese Methode an mehr als 200 Fällen erprobt und namentlich bei Spindelzellensarkomen die günstigsten Resultate erzielt. Von 21 inoperalen Fällen dieser Art wurden 10 vollständig geheilt, indem die Geschwulstbildung verschwand, während bei den anderen 11 eine erhebliche Verkleinerung erzielt wurde. Weniger günstig sind die Resultate bei Rundzellensarkomen, während melanotische Sarkome und Lymphsarkome des Halses durchaus refraktär blieben. Bei Carcinomen kann die Methode höchstens prophylaktisch gegen Recidive nach vollzogener Operation empfohlen werden. Verfasser bezeichnet das Verfahren als gänzlich gefahrlos; allerdings hat er in der ersten Zeit

2 Todesfälle gehabt, in den letzten 5 Jahren aber keine. Von anderen Ärzten sind bisher 85 Fälle mit 28 vollen Erfolgen mitgeteilt worden. Die Dauer der Rezidivfreiheit hat bisher in verschiedenen Fällen 3—8½ Jahre betragen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von multipler Pustula maligna (Anthrax), von R. L. Knaggs-Leeds. (*Brit. med. Journ.* 20. Juli 1901.) Ein 20jähriger Pferdeknecht hatte 8 Tage vor der Aufnahme bei der Sektion einer an Milzbrand krepierten Kuh eine kleine Verletzung der linken Hand akquiriert, die aber ohne wesentliche Erscheinungen heilte. Im Anschluſs daran entwickelten sich jedoch drei typische Anthraxgeschwüre, zwei am rechten und eins am linken Vorderarm. Alle vier Stellen wurden gründlich excidiert. Heilung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Sarkombehandlung mittelst der Röntgenstrahlen, von Carl Beck-New York. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 32.) In einer vorläufigen Mitteilung berichtet der Verfasser über einen Fall von Melanosarkom des Unterschenkels, bei dem zweimal innerhalb 6 Wochen nach Entfernung der Geschwulst ein Recidiv aufgetreten war. Gleichzeitig mit dem zweiten Recidiv des ursprünglichen Tumors waren an der bis dahin freien Innenseite des gleichen Unterschenkels zahlreiche Sarkomknollen entstanden. Da eine Amputation wegen einer groſsen Drüsenmetastase in der Leistengegend nicht mehr in Frage kam, entschloſs sich der Verfasser, auch das zweite Recidiv des primären Sarkoms zu exstirpieren und dann — faute de mieux — die Behandlung mit Röntgenstrahlen zu versuchen. Bis jetzt wurde der kranke Unterschenkel siebenmal 10—45 Minuten lang der Bestrahlung ausgesetzt, und in den neun Wochen, die seit der Exstirpation des letzten Recidivs vergangen sind, ist nicht nur kein neues Recidiv aufgetreten, sondern es ist auch eine Anzahl der Sarkomknoten an der Innenseite des Unterschenkels, und zwar namentlich die, die der Bestrahlung am nächsten lagen, teils völlig „vernarbt", teils geschrumpft. Damit ist nach Ansicht des Verfassers der Einfluſs der Strahlen auf Sarkomgewebe klar bewiesen; vielleicht ist es möglich, durch die Einwirkung der Röntgenstrahlen Carcinom- bezw. Sarkomzellen, die in tiefen Gewebsschichten liegend nicht mehr operativ entfernt werden können, in ihrem Wachstum zu behindern und zu zerstören. — Den Bericht über das weitere Schicksal des Patienten behält sich der Verfasser vor. *Götz-München.*

Die Behandlung des Ulcus rodens mit X-Strahlen, von J. H. Sequeira-London. (*Brit. med. Journ.* 9. Febr. 1901.) Die Erfahrungen des Verfassers, über welche später ausführlich berichtet werden wird, stützen sich auf zwölf Fälle. Acht derselben befinden sich noch in Behandlung, vier, deren Ulcus rodens zur Abheilung gelangt ist, stehen noch in Beobachtung. Die Krankengeschichte von drei geheilten Fällen wird ausführlich mitgeteilt. Aus derselben geht hervor, daſs das Geschwür unter der Behandlung relativ rascher abheilt, als der erhabene, infiltrierte Rand.

C. Berliner-Aachen.

b. *Benigne.*

Über einen Fall von Darierscher Krankheit, von Caspary. (Festschr. zu Ehren von M. Kaposi, W. Braumüller, Wien und Leipzig, 1900.) Bei der 21jähr. Patientin, Dienstmädchen, hatte der Ausschlag vor fünf Jahren auf dem Gesicht begonnen, dann Arme, später die Beine, zuletzt den Rumpf ergriffen. Die Affektion bestand an der Stirn aus einem 10 cm breiten und 2 cm langem Band, welches aus lauter stecknadelknopfgroſsen, roten, wenig prominenten Papeln zusammengesetzt war; ähnliche Streifen liefen zur Nasenspitze, zum Rücken der linken Wange, waren

an den Armen, am Handrücken, an den mammae, an den nates und beiden Oberschenkeln vorhanden, sonst an Brust- und Rückenhaut nur vereinzelte Knötchen. Die Fufsrücken boten das auffälligste Bild (Abbildung), indem aufser einer Anzahl von einzelnen Knötchen sich mächtige Auflagerungen in Form breiter Streifen und von ganz besonders dunkler Farbe zeigten; ein grofses, longitudinal über den Fufsrücken laufendes Band von dicht gedrängten Knötchen zeigt stacheliches Aussehen, die einzelnen Stacheln konnte man von einander loslösen (unter einiger Schmerzempfindung des Kranken). Diese Exkrescenzen ragten wie verhornte spitze Condylome, zu denen sich Übergänge an den kleinen isolierten Efflorescenzen durch die Knötchenstreifen auf Stirn, Armen, Handrücken fanden, in die Höhe. Juckgefühl war an dem ganzen Ausschlag in sehr geringem Grade vorhanden. Histologisch fand sich in den Präparaten dieselbe Zusammensetzung, wie sie allseitig beschrieben wird; die scheinbaren Psorospermien, woher von Darier für die Krankheit der Name Psorospermose folliculaire vegetante gewählt wurde, welche aber runde in der Hornschicht eingelagerte Körperchen (Körner) darstellen, wurden nur spärlich gefunden. In seinen weiteren Ausführungen bespricht C. die Differentialdiagnose, wobei vor allem Lichen ruber acuminatus in Betracht kommt, und kann sich nur — im Gegensatz zu Kaposi — zu der Ansicht bekennen, dafs es sich bei dem beschriebenen Hautleiden um eine Affektion sui generis handelt. Im ganzen ist dieselbe — nach den bis jetzt bekannten 25 Fällen — gefahrloser Natur, jedoch der Therapie wenig zugänglich; die Exkrescenzen am Fufsrücken hat C. unter Narkose abgeschabt, das Wiederauftreten derselben ist aber wahrscheinlich. Eine vorsichtig angewandte Pyrogallussalbe scheint auf eine Anzahl von Knötchen reduzierend zu wirken, vielmonatlicher Arsengebrauch in steigender Dosis wenig Einfluſs gehabt zu haben. *Stern-München.*

Zwei Fälle von erektilen Lidgeschwülsten, von Eeckman. (*Ann. policl. centr.* 1901.) Der erste, ausgesprochene der beiden Fälle, betrifft einen congenitalen erektilen Tumor der Gegend des linken Oberlids und der linken Temporalgegend. Die Mutter der achtjährigen Patientin brachte die Kleine zum Arzt, weil die Geschwulst in der letzten Zeit bedeutend gewachsen war. Sie hatte im Längsdurchmesser 4½ cm, im vertikalen 2½ cm; das Hautniveau wurde von dem Tumor 2 cm überragt. Der Hauptanteil betraf die Schläfe, doch reichte ein Ausläufer bis zum äufsersten Drittel des linken oberen Lides. Verfasser entfernte das Neoplasma durch Galvanokaustik. Die Nadeln wurden am positiven Pol eingesetzt. Das Gerinsel ist hier dichter als am negativen Pol, darum sind Blutungen weniger zu fürchten, da kein Wasserstoff ins Blut gelangt, geringere Schmerzhaftigkeit besteht und die Narben des positiven Pols retractil und wenig sichtbar sind. Die Nadeln von Eisen zieht Verfasser absichtlich vor, da sich um sie herum ein hämostatisch wirkendes Eisensalz bildet. Als negative Elektrode dient eine angepafste, um den Tumor herumgelegte Platte; besonders notwendig ist dieselbe bei Operationen in der Nähe des Auges oder Gehirns. Um Ruhigstellung des Operationsfeldes zu erzielen, wird der Kranke chloroformiert. Der Strom dessen Stärke man am Galvanometer ablesen mufs (nie über 6 Milliampère), soll kontinuierlich, ohne Unterbrechungen die Geschwulst passieren. Vor dem Herausziehen der Nadeln wird die Stromstärke auf 1 Milliampère herabgesetzt. Die ganze Prosedur soll etwa ¼ Stunde dauern. Im vorliegenden Falle hatten sich die Mafse des Tumors nach 14 Tagen auf 1½ beziehentlich 1¼ cm vermindert. Als die Rückbildung nach drei Wochen aufhörte, nahm Verfasser eine minder intensive neue galvanokaustische Sitzung vor. Direkt darnach nahm der Tumor, ebenso wie nach dem ersten Eingriff etwas an Umfang zu, die dann wieder einer Abnahme Platz machte. Zweiter Stillstand bei Nufsgröfse. Dritte galvanokaustische Sitzung. Direkt

nach derselben Überpinselung des Tumors mit Collodium. Absolute Heilung in den folgenden Monaten. Der zweite Fall betraf einen bedeutend kleineren erektilen Tumor bei einem Kind von zwei Jahren. Behandlung auf gleiche Weise mit demselben Erfolg. *Hopf-Dresden.*

Ein Fall von Xanthoma tuberosum und mit Tumorenbildung, von Dubot. (*Ann. policl. centr.* 1901, No. 6.) Verfasser stellt einen Fall von Xanthom vor der nicht nur die übliche tuberöse sondern auch in geradezu seltener Weise die Tumorenform der Affektion darbietet. Es handelt sich um einen 56jähr. Arbeiter, dessen Hautleiden vor etwa sieben Jahren begann. Es zeigte sich zuerst als nufsgrofser Tumor am rechten Ellbogen; die Geschwulst blieb ein Jahr lang isoliert, dann bildeten sich um sie herum kleine Papeln, während ähnliche Tumoren wie jener erste sich am Daumen, der linken Hand und dem linken Arm einstellten. Die Rückseite der Unterextremitäten zeigten bald darnach Veränderungen, welche auch heute noch die gröfsten kranken Hautbezirke darstellen. Von dem Gesäfs bis zu den Kniekehlen hunderte von kleinen Knötchen, zum teil konfluierend. Dieselben Bilder, wenn auch schwächer ausgebildet, zeigen beide Ellbogengegenden. Hier und an den Fingern finden sich auch einige bis nufsgrofse gelbliche Geschwülste. Über Narben, welche exstirpierten solchen Tumoren entsprechen, bemerkt man die Bildung neuer Knötchen. Daneben Gelbfärbung der Haut — Icterus. Urin, normal, ohne Zucker. *Hopf-Dresden.*

Zur Kenntnis des Pseudoxanthoma elasticum (Darier) von Erwin Gottlieb v. Tannenheim. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910, No. 42.) Auf der Haut einer moribund ins Krankenhaus gebrachten Frau fand man folgende Veränderung: Die Vorderseite beider Oberarme und Oberschenkel, sowie die Partien über der Crista ilei zeigen beiderseits massenhaft unregelmäfsige, hirsekorngrofse, an den stärkst betroffenen Stellen zu gröfseren Plaques konfluierende, stark vorspringende, opak und gelblich erscheinende Einlagerungen. Auf dem Durchschnitt entsprechen denselben trockene, gelblich weifse Herde in der Cutis. Die Epidermis ist unverändert. Das Mikroskop ergiebt, wie die eingehende Schilderung lehrt, dafs die knötchenartigen Einlagerungen aus eigentümlich veränderten elastischen Fasern bestehen; dieselben sind aufgequollen, aufgefasert, zusammengerollt, zum teil körnig zerfallen. Xanthomzellen, noch sonstige fetthaltige Elemente sind zu finden. — Es sind in der Litteratur nur drei Fälle von Pseudoxanthom bekannt, von Balzer, Darier und Bodin. Alle drei Fälle haben im jugendlichen Alter begonnen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Neurofibromatose und ihre Komplikationen, von C. Adrian-Strafsburg. (*Beitr. z. klin. Chir.* Bd. XXXI, Heft 1.) Verfasser hat teils auf Grund sorgfältigen Studiums der sehr umfangreichen Litteratur, teils mit Benutzung von zwölf eigenen Beobachtungen, deren Krankengeschichte er ausführlich mitteilt, untersucht, von welcher Art und in welcher Häufigkeit Komplikationen der Neurofibromatose auftreten. Nicht als Komplikationen, sondern als Symptome zweiter Ordnung betrachtet er das Auftreten von Haaren auf einzelnen Tumoren, das Auftreten von Haemat-angiomen, Lymphangiomen, Lipomen, von sog. „Neurolipomen", von „blauen Flecken" und von Comedonen. Ebenso rechnet Verfasser nicht zu Komplikationen die Lokalisation der Fibrome oder Pigmentationen an inneren Organen und die Beeinflussung der Neurofibromatose durch besondere äufsere Einflüsse, z. B. chronische Reizzustände der Haut, akute oder chronische Erkrankungen, Pubertät, Gravidität u. s. w. Verfasser versteht unter „Komplikationen" einerseits die an den Tumoren selbst vorkommenden sekundären Veränderungen, andererseits die bisher wenig beachteten, mit der Neuro-

ibrombildung häufig gepaarten, teils angeborenen, teils nach der Geburt auftretenden rankhaften Veränderungen, die nicht direkt mit der Nervenscheidenerkrankung in eziehung gebracht, aber doch nicht als rein zufällig entstanden angesehen werden önnen, weil sie aber häufig mit letzterer kombiniert sind (eigentliche Kombikationen). Zu der ersten Gruppe gehören jene Veränderungen, die ihre Quelle n den mechanischen Verhältnissen haben, denen das Molluskum ausgesetzt ist, und ie benignen und malignen Degenerationen des Neurofibroms selbst. Die zweite ruppe umfafst einmal die Störungen des Intellekts und der Psyche, zweitens hysische Anomalien. Von letzterer sind zunächst zu nennen solche, die sicher schon ei der Geburt vorhanden sind (Mifsbildungen), und solche, die vielleicht angeboren ind, aber erst nach der Geburt auftreten oder bemerkbar werden (Zurückbleiben im Wachstum, Störungen der Körperentwickelung etc.). Es können ferner eine Reihe innerer Leiden das Krankheitsbild komplizieren; besonders häufig sind maligne Geschwülste an inneren Organen. Sehr mannigfaltig ist die Beeinflussung des Nervensystems und die Störung seiner Funktionen durch die Neurofibromatose; am häufigsten werden die Spinalnerven, und zwar vorzugsweise deren Hautäste befallen, nächst diesen Hirnnerven und Symphaticus; über die Beteiligung von Hirn und Rückenmark liegen nur sehr spärliche Beobachtungen vor. Eine häufige Komplikation, oft die Todesursache, ist Kachexie und Marasmus; diese Zustände können veranlafst sein durch gleichzeitige Tuberkulose, durch Metastasen maligner degenerierter Tumore oder sonstige Komplikationen, viel häufiger aber liegt keine anatomische Grundlage vor.

Verfasser findet in den zahlreichen Komplikationen wesentliche weitere Stützen für die Annahme, dafs die Neurofibromatose auf kongenitaler Anlage beruht, dafs sie als Mifsbildung im weiteren Sinne des Wortes aufzufassen ist. Nächst dem zweifellosen Angeborensein der Affektion in einzelnen Fällen, oder zum mindesten der Entwickelung der Krankheit in der weitaus gröfsten Mehrzahl in der Jugend bildeten bisher die zahlreichen Fälle nachweisbarer Heredität und die häufigen Kombinationen von Neurofibromen und Pigmentflecken die wesentlichsten Stützen für die Annahme einer kongenitalen Anlage. Des Verfassers Untersuchungen haben aber weiter gezeigt, „dafs die Neurofibromatose sehr häufig auch mit anderen kongenitalen oder in frühester Jugend bemerkbar werdenden Entwickelungsstörungen zusammen vorkommt. Die angeborene Praedisposition zur Wucherung des Nervenbindegewebes zeigt sich entweder gleich bei der Geburt oder, und zwar häufiger, erst in der Pubertät oder noch später); für die letzteren Fälle wird man an die Einwirkung besonderer Reize denken müssen (Pubertät, Gravidität, Traumen, allgemeine Krankheiten etc.). In erster Linie sprechen aber für eine Entwickelungsstörung die bei den Kranken so vielfach beobachteten Mifs- und Hemmungsbildungen. Von diesen sowohl wie von den mit ihnen auf eine Stufe zu stellenden Naevi aller Art, unterscheiden sich die Neurofibrome selbst durch ihre Progredienz, welche ihnen zu gleicher Zeit der im allgemeinen gutartigen, aber zur maligen Degeneration geneigten Neubildung verleiht.

Als besonders bemerkenswerte Belege für des Verfassers Ansicht seien schliefslich ganz kurz zwei seiner Beobachtungen (Fall II und VI) angeführt. Die erste betraf die Tochter eines Neurofibromkranken. um das neunte Lebensjahr entwickelte sich bei der geistig zurückgebliebenen Patientin auf dem Boden einer Meningoide eine langsam wachsende Geschwulst des Hinterhauptes. Vom zwölften Jahre ab langsame und schmerzlose Entwickelung multipler Neurofibrome. Die Hinterhauptsgeschwulst blieb lange stationär; seit einem Jahre rapideres Wachstum. Totale Blindheit seit dem neunten Jahre; intellektuelle Schwäche. Exitus im Alter von 36 Jahren unter zunehmender Schwäche. Die Sektion ergab Sarkommetastasen des Zwerchfells und

der Lunge; angeborenes Fehlen einer Niere; Uterus bicornis mit rudimentär entwickeltem Horn; Hydrocephalus internus; angeborener Defekt im Os occipitale. — Bei der zweiten Beobachtung handelte es sich um einen 31jähr. Mann, in dessen Familie nachweislich mehre Mittglieder an multiplen Neurofibromen litten. Der Befund bei diesem Patienten ergab multiple Neurofibrome der Haut und der gröfseren Nervenstämme; plexiformes Neurom des Ischiadicus; kongenitaler Fibuladefekt; Schädelasymmetrie; hartnäckige Trigeminusneuralgie. — Exitus unter zunehmenden Hirndrucksymptomen; bei der Sektion findet sich aufser ausgedehnter Neurofibromatose des peripheren Nervensystems, Symphathicus etc. ein Sarkom in der Gegend des Linsenkernes. *A. Loewald-Cassel.*

Zur Anatomie und Klinik der Narbengeschwülste, von Leopold Freund. (Festschr. zu Ehren von M. Kaposi.) In dem mit zwei anschaulichen Abbildungen versehenen und dem genauen histologischen Befunde mitgeteilten Falle, an welchen Fr. diese ausführliche Arbeit anschliefst, handelte es sich um ausgedehnte Narbengeschwülste (nach Verbrennung) bei einem 22jähr. Zimmermann; diese wurden exstirpiert und dann plastische Deckung vorgenommen. Nach dem mikroskopischen Befunde besteht die Geschwulst zum grofsen Teile aus einem System von sich in den mannigfachsten Winkeln und Flächen kreuzenden und verschlingenden dicken homogenen Bündeln und Balken, das unter und in ein zahlreiches, aber sonst normales Bindegewebe eingeschoben ist, nirgends eine scharfe Abgrenzung zeigt, sondern allmählich sich in die normale Umgebung fortsetzt. Die Frage, ob es sich hier um ein Narbenkeloid oder eine hypertrophische Narbe handelt, mufs Verfasser nach diesem histologischen Befunde im Zusammenhange mit den Ansichten aus der fleifsig studierten Litteratur offen lassen. Wie sich nun weiterhin aus derselben ergiebt, legen bezüglich der Aetiologie der Keloide die meisten Fälle die Annahme nahe, dafs eine bestimmte, individuelle, zeitliche und lokale Disposition vorhanden sein mufs; es kommt auch auf die bestimmte Beschaffenheit des Reagens und auf die besondere Art des einwirkenden Reizes an — in dem vorliegenden Falle war die Narbengeschwulst im Anschlufs an einen chemischen Reiz (Verbrennung durch Schwefelsäure) entstanden. Diese Entartung der Narbe durch Schwefelsäureätzung ist auch von Kaposi, Wilms etc. etc. schon hervorgehoben worden; ebenso wie durch andere chemische Stoffe (Höllenstein, Plumbum causticum, Senfpflaster, Pottasche u. s. w., auch Elektrolyse). Bei Keloiden nach Verletzungen mit physikalischer Gewalt könnten wie Fr. meint, etwa die besondere chemische Beschaffenheit oder Konzentration der verwandten Medikamente, Verbandsmittel u. s. w., bei manchen von vornherein als spontane Keloide auftretenden Tumoren eine durch das Tierexperiment oder chemische Untersuchung festzustellende abnorme chemische Zusammensetzung der Drüsensekrete und Gewebssäfte (infolge krankhafter Prozesse in diesen Organen) in Betracht kommen. Bezüglich der Therapie empfiehlt Verfasser nach dem Muster des vorliegenden Falles, die Tumoren vollständig und gründlich d. h. mit Einbeziehung aller Fortsätze zu exstirpieren und die entstandenen Defekte durch Epidermiseinpflanzung zur raschen Heilung zu bringen. Andere Mittel, wie Umschläge, Salben, auch Elektrolyse sind nutzlos. Eine Litteraturübersicht über 40 bezügliche Arbeiten schliefst die lesenswerte Arbeit, die als weiterer Beitrag zu dieser Frage jedenfalls zu begrüfsen ist. *Stern-München.*

Bericht über zwei Fälle von Lymphangiom, von S. Kenerson-Buffalo. (*Philad. med. Journ.* 29. Sept. 1901.) I. Kind, I½ Jahr, männlich, hatte wenige Tage nach der normal verlaufenen Geburt auf der linken Seite des Gesichtes eine geringe allgemeine Verdickung dargeboten. Allmählich ist die Schwellung erheblicher

geworden und umfafst, gleichsam in zwei Partien, Stirn und linke Gesichtshälfte. Nachdem Behandlung mit Elektrolyse sich als unwirksam erwiesen hatte, entfernte man zunächst die obere Tumormasse operativ, doch starb das Kind am neunten Tage p. o.

II. Kind, 5 Monate alt, hatte etwa seit der zweiten Lebenswoche einen Tumor auf der rechten Schulter aufgewiesen. Derselbe wog nach der Operation über 300 g. Trotz sorgfältiger Vorbereitung durch Injektion von NaCl.-Lösung schon bei Beginn der Operation und andere Mittel erfolgte der Tod durch Shock. Mikroskopisch zeigten beide Neubildungen die Merkmale des Lymphangioms mit stark erweiterten Lymphräumen und endothelialer Auskleidung. Obgleich als gutartig klassifiziert, bedrohen diese Tumoren durch ihr enormes Wachstum oftmals das Leben der Patienten in sehr erheblicher Weise. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Einige Beobachtungen über Pathologie und Behandlung der Hühneraugen, von E. Harding Freeland-London. (*Edinb. med. Journ.*, Novbr. 1901.) Fr. plädiert dafür, dafs die Behandlung dieses Leidens, welches fast ausschliefslich in die Hände der Kurpfuscher gefallen sei, wieder zur Domäne des praktischen Arztes gelange. Genaue Beschreibung der Anatomie, Histologie und Physiologie dieser Hornbildungen. Bezüglich der Behandlung empfiehlt Verfasser als das beste Mittel operative Entfernung, nachdem mit Aethylchlorid und 4% Eucainlösung die komplette Anaesthesie der ganzen Umgebung erzielt ist. *Stern-München.*

Über die gemischte Form des Angioms, von Rizzuto und Gomez. (*Rif. med.* 1901, No. 57.) Verfasser teilen den mikroskopischen Befund eines Angioms des Gesichtes mit, welches die anatomische Struktur beider von den Autoren aufgestellten Haupttypen der Angiome zeigte, nämlich des Angioma simplex und des Angioma cavernosum. *G. Mueller-Genf.*

Ein Fall von Urticaria pigmentosa, von Wilh. Raab. (Festschrift zu Ehren von M. Kaposi, W. Braumüller, Wien und Leipzig, 1900.) Die Urticaria pigmentosa ist eine kongenitale oder während der ersten Lebensmonate beginnende und 10—20 Jahre und noch länger dauernde Hautaffektion, die durch hellrote, rundliche, über den ganzen Körper, besonders aber den Rumpf zerstreute, flache Erhebungen charakterisiert ist; diese Efflorenzen nehmen dann allmählich einen bräunlichen Farbenton an und später sieht man an ihrer Stelle teilweise braune, flache Erhebungen, teilweise bräunliche Flecke. In dem vorliegenden, von R. beobachteten Falle handelte es sich um einen 9 Monate alten Knaben, bei welchem die Affektion bereits von Geburt an in Gestalt roter Flecken bestanden haben soll; dieselbe besteht jetzt aus zahlreichen, dicht gedrängten, gut linsen- bis bohnengrofsen, mit einander an verschiedenen Stellen konfluierenden Pigmentherden, welche beinahe den ganzen Körper mit Ausnahme von Gesicht, Handteller, Handrücken und Fufssohlen bedecken. Am ganzen Körper besteht eine erhöhte vasomotorische Erregbarkeit gegenüber mechanischen und Kältereizen, besonders im Bereich der Pigmentflecken. Das Allgemeinbefinden ist, abgesehen von dem Juckreiz, gut; gegen letzteren wurden mit Erfolg Vleminxbäder verordnet. Histologisch wurden an einem excidirten Hautstückchen aufser der Pigmentierung des Epithels fast ausschliefslich Mastzellen in Häufchen oder weniger zahlreich um die Gefäfse gelagert gefunden. Diese Mastzellenhäufungen sind nach R's. Ansicht durch einen angeborenen Reiz bedingt, welcher deswegen unbekannt ist, weil wir von der Mastzellenentstehung in normalen Verhältnissen und auch bei der Entzündung nichts Bestimmtes wissen. R. führt auch

die ganze Litteratur (49 Arbeiten) über die in Rede stehende Affektion an und erwähnt die Ergebnisse der verschiedenen Autoren, welche jedoch, ebenso wie seine eigenen, die Aetiologie der Erkrankung nicht vollständig aufzuklären vermochten.

Stern-München.

c. *Pigmentanomalien.*

In der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 31.) demonstriert Grouven am 20. Mai 1901 einen 34jährigen Patienten, Schmelzer in einem Stahlwerk, mit **ungewöhnlicher hyperpigmentation des Gesichtes.** Seit einem Jahre hatten sich langsam aber stetig wachsende blaugraue Flecken auf beiden Wangen gebildet; zur Zeit ist fast die ganze Gesichtshaut intensiv blauschwarz verfärbt im übrigen normal. Bis auf häufige Urticariaanfälle, die aber nie das Gesicht ergreifen, ist Patient gesund; es besteht Dermatographismus. Die Familienanamnese schliesst tuberkulöse Belastung nicht aus. Die mikroskopische Untersuchung ergab feinkörniges, gelbbraunes Pigment, angehäuft in den obersten Papillarschichten. Da die gewöhnlichen Formen angeborener oder erworbener Pigmenthypertrophie auszuschliessen sind, glaubt Grouven, dass die durch den Dermatographismus gekennzeichnete Labilität des Gefässstroms in Verbindung mit der Thätigkeit des Patienten Veranlassung zu einer ungewöhnlich starken Ablagerung von Blutpigment gegeben hat. Therapie wenig aussichtsreich, vorzugsweise irritativ (Sapo viridis, starke Sublimatlösungen). *A. Loewald-Cassel.*

Über Bronzediabetes, von August Murri. (*Wien. klin. Rundsch.* 1901. No. 20.) Folgender interessante Fall wird berichtet: Eine 59jährige Frau bemerkt 1898 im Anschluss an eine, nicht heilenwollende Fingerverletzung an sich starke Schwäche und ungewöhnlich starken Hunger, während sie früher stets nur sehr wenig gegessen hatte. Hautjucken und dunkle, bronzeartige Verfärbung der Haut gesellte sich hinzu. Leisten, Sternum, Beine, Handrücken, Unterseite der Vorderarme waren wenig, Palma und Planta mit Ausnahme der Palmarfurchen, der Furchen zwischen Metacarpus und Phalangen und der Zwischenphalangenfurchen gar nicht pigmentiert. Das Gesicht ist äusserst blass, nur an den Ohrgegenden, um die Orbita und den aufsteigenden Oberkieferästen ist viel Pigment sichtbar. Die Mundschleimhaut mit bräunlichen Flecken bedeckt, die Zunge frei, Leber und Milz normal. Im Harn Zucker bis 4,34% zu finden, aber nicht konstant, sodass derselbe an manchen Tagen ohne nachweisbare Ursache auch ganz fehlte. Im weiteren Verlaufe stellten sich gastrointestinale Störungen und Schmerzen in den Lenden ein. Nach sehr langem Aufenthalt in der Klinik trat schliefslich Besserung ein; alle Symptome, auch die Pigmentierung, schwanden, die Frau wurde vollkommen gesund.

Verfasser bezeichnet diesen Fall als Bronzediabetes, wirft die Frage auf, ob er unter dieses Krankheitsbild zu subsummieren ist und unterwirft letzteres einer eingehenden Besprechung, wobei er besonders die gegenseitigen Beziehungen der drei Cardinalsymptone, Glycosurie, interstitielle Hepatitis und diffuse Pigmentierung betrachtet. Die Hauptergebnisse dieser Betrachtungen sind: Diabetes und Broncefärbung der Haut können ohne Lebercirrhose bestehen, der Bronzediabetes ist deshalb nicht der Ausdruck einer pigmentierten Hepatitis. 2. Es giebt einen Bronzediabetes, wenn dieser auch viel seltener ist, bei welchem die Lebererscheinungen fehlen und eine Heilung möglich ist. 3. Der Prozess, dem die drei Erscheinungen entspringen, ist kein einheitlicher; gemeinsam ist den Symptomen die Schädigung des allgemeinen Stoffwechsels. 4. Die Art der ursächlichen Einflüsse bedingt das Fehlen des einen oder anderen Cardinalsymptoms. 5. Die Pancreasveränderungen mögen oft

die Glycosurie bedingen; aber immer sind sie nicht vorhanden. 6. Die Grundursache muss eine allgemeine Dystrophie der Zellelemente sein. Diese bedingt eine Verminderung der Oxydierbarkeit der Kohlenhydrate, eine Zunahme der Fähigkeit der Gewebe zur Fixirung von Blutfarbstoff und eine Vermehrung des Bindegewebes, welche besonders in der Leber sich geltend macht. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über experimentelle Tuberculose der Nebennierenkapsel in Beziehung zur ADDISONschen Krankheit. von BINDO DE VECCHI-Bologna (*Med. News.* 2. Nov. 1901.) Da die häufigste anatomische Veränderung bei der ADDISONschen Krankheit Tuberkulose der Nebennieren ist, so machte VECCHI (in dem pathologischen Institut der Universität Bologna) experimentelle Versuche, wie sie bis jetzt noch nicht ausgeführt worden sind, dahin gehend, dass er die Wirkung der an den Nebennieren erzeugten künstlichen Tuberkulose auf den Allgemeinorganismus studierte. Die Versuchstiere waren männliche und weibliche Kaninchen, die Injektionen wurden an einer oder beiden Seiten in ein oder zwei Operationen gemacht. Die Ergebnisse dieser vorläufigen Versuche — seine Theorie über die ADDISONsche Krankheit und seine ausführlichen Experimente will V. an anderer Stelle veröffentlichen — sind, dass durch die künstliche Tuberkulisierung der Nebennieren eine heftige Vergiftung der Kaninchen entsteht, welche schliefslich zu deren Tod führt, dass es jedoch nicht gelang, die charakteristische Bronzehaut zu reproduzieren; die Ursache des Krankheitszustandes liegt nach B.s Ansicht in der allmälichen Zerstörung der Nebennierensubstanz. Zu dieser zweifellosen Insufficicenz der Kapseln gesellt sich noch als zweiter Faktor die tuberkulöse Intoxitation. B. glaubt, er habe so weit als möglich den Krankheitsprozefs, wie er im menschlichen Körper vor sich geht, reproduziert und die aetiologische Frage des morbus ADDISONII der Lösung näher gebracht. *Stern-München.*

Neuritis mit intensiver Pigmentation des Abdomens, wahrscheinlich durch excessives Trinken arsenhaltigen Bieres hervorgerufen, von A. HALL. (*Brit. med. Journ.* 8. Juni 1901.) Eine 33jährige, stark dem Trunke ergebene Frau, die vor zwei Monaten niedergekommen war, erkrankte eines Tages mit Convulsionen und Ödem der Augenlieder. Die Erscheinungen liefsen nach zwei Tagen nach. Dagegen stellten sich Schmerzen in Händen und Füfsen und eine derartige Mattigkeit in den Beinen ein, dafs die Patientin sich nicht mehr fortbewegen konnte und deshalb das Bett hüten mufste. Gleichzeitig nahm die Haut des Abdomens eine mehr und mehr dunkle Farbe an. Nach mehrwöchentlichem Aufenthalte im Hospital besserte sich der Zustand. — Verfasser bespricht die Differential-Diagnose.

C. Berliner-Aachen

Metall-Vergiftung, von W. R. GOWERS-London. (*Lancet.* 2. Nov. 1901.) Dieser Vortrag ist hauptsächlich interessant wegen einiger darin mitgeteilten prägnanten Beispiele von Arsenikvergiftung, bei denen die Diagnose auf Grund der charakteristischen Pigmentierung gestellt werden konnte. Bemerkenswert ist die Beobachtung, dafs Epileptiker, welche leicht eine Bromakne akquirieren, eben so sehr zu Pigmentbildung auf Arsenik disponieren. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Morbus ADDISONII, von SALVAT. D'AURIA. (*Giornale internazionale delle scienze mediche.* 1901. No. 10.) Die Beschreibung dieses Falles bietet absolut nichts besonderes, umsomehr als die Autopsie nicht gemacht wurde.

C. Müller-Genf.

Einen Fall von Morbus ADDISONII mit beginnender Tuberkulose der Nebennieren beschreibt SECCHI, (*Gazzetta medica di Torino.* 1901. No. 12—14.) Derselbe

betrifft einen 12jährigen Knaben mit käsiger Bronchopneumonie und Kavernen an den Lungenspitzen, tuberkulöser fibröser Pleuritis, tuberkulösen Herden in Milz, Leber und Peritoneum. Ausserdem bestand eine Tuberkulöse des Endokards. In den beiden Nebennieren bestanden hämorrhagische Läsionen und in der Haut eine nur schwach angedeutete Pigmentation. *C. Müller-Genf.*

Klinische Beobachtungen über zwei Fälle von Morbus Addisonii mit besonderer Berücksichtigung des Blutbefundes, von Hamel. (*Dtsch. Archiv für klin. Med.*, Bd. 71, 2. und 3. Heft.) Hamel beobachtete zwei Fälle von Morbus Addisonii, von denen der eine vorläufig mit Genesung endete, während die Sektion des anderen eine tuberkulöse Verkäsung der Nebennieren ergab. Über das Verhalten des Blutes kam er zu folgenden Ergebnissen:

1. Anämie ist ein wesentliches und unzertrennbares Symptom des Morbus Addisonii.

2. Die im Blute der Addisonkranken infolge der geschädigten Nebennieren funktionen erwiesenermafsen sich anhäufenden Gifte vermögen das Blut morphologisch nicht zu schädigen, sind mithin nicht als eigentliche Blutgifte anzusprechen.

3. In Fällen unkomplizierter Nebennieren-Tuberkulose erweifst sich der einzelne Blutstropfen für die Untersuchung von normalem Befunde, die trotzdem zweifellos vorhandene Anämie ist demgemäfs ihrem Wesen nach als Oligämie zu deuten und dürfte als solche lediglich durch die in den käsigen Nebennierenherden ausgeschiedenen Giftstoffe der Tuberkulose bedingt sein.

4. In Fällen unkomplizierten Carcinoms der Nebennieren ist eine morphologische Schädigung des Blutes in geringerem oder höherem Grade zu erwarten.

5. Bei Komplikationen des Morbus Addisonii ändert sich selbstverständlich der Blutbefund in entsprechender Weise.

6. Anämie bei morphologisch intaktem Blut weifst bei Morbus Addisonii auf Nebennierentuberkulose, Anämie bei morphologisch geschädigtem Blut auf Nebennierencarcinom oder Komplikationen der Erkrankung ein. *F. Hahn-Bremen.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Gerodorma, Infantilismus, Feminismus, von Callari. (*Gazzeta degli Ospedali e delle cliniche.* 1901. No 42.) Verfasser beschreibt je einen Fall jeder dieser Affektionen und schliefst aus der Verschiedenheit der Symptome, dafs die genannten Krankheiten drei verschiedene Typen darstellen. *C. Müller-Genf.*

Striae atrophicae lineares bei einem neuropathischen Individuum, von Chirivino. (*Giorn. internazionale delle scienze mediche.* 1901. No. 13.) Es handelte sich um einen 27jährigen äufserst nervösen Mann, der selbst von dem Bestehen obengenannter Veränderungen auf seiner Haut keine Ahnung hatte. Diese bestanden aus halbmondförmigen, zur Axe des Gliedes senkrecht stehenden, rosarot-weisflichen, perlmutterartigen, scharf abgegrenzten Flecken, die hauptsächlich in der Umgebung des Knies, oberhalb und unterhalb der Kniescheibe, sowie an deren seitlichen Partien lokalisiert waren; einzelne identische Flecken waren am Unter- und Oberschenkel zu sehen. Die Oberfläche dieser Elemente war glatter als die umgebende gesunde Haut und je nach den Bewegungen der Extremität zeigten sie eine konkave oder eine konvexe Form. Verfasser hat einzelne dieser Flecken mikroskopisch untersucht. Es handelt sich nach seiner Ansicht bei den Striae atrophicae um einen jener vielen

Prozesse, die sich in der Cutis bei der Involution cirkumskripter chronischer Entzündungszustände oder bei Neubildungen derselben abspielen, indem die infiltrierten Zellenelemente nicht alle die gewöhnliche Degenerationsphase durchmachen, um vollständig resorbiert zu werden, sondern sich organisieren und zu jener Art von Narbenbildung führen, die nicht auf eine Continuitätstrennung der Gewebe folgt. Wir finden diese Varietät der Narbenbildung bei der Lepra, dem Lichen und dem Lupus; warum sollte nicht dasselbe bei der Syphilis entstehen können. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Spontangangrän bei einem Säugling, von L. A. Bowes-Herne Bay. (*Lancet.* 1901. 31. Aug.) Die Affektion begann bei dem 17 Tage alten, sonst gesunden Knaben als ein Bläschen auf dem Rücken, anfangs nicht über Hanfkorn grofs. Dasselbe wurde schnell pustulös, worauf Gangränbildung folgte. Die Umgebung wurde mit grofser Geschwindigkeit ergriffen. Der vorher vollständig verheilte Nabel wurde rot und exkoriiert ebenso wie die Haut an einigen der Fingerbeeren. Von der ursprünglichen Läsion aus erstreckte sich eine schwärzlichblaurote Verfärbung allmählig bis auf das Sacrum und die äussere Fläche der Oberschenkel und nach oben bis auf die Schulterblätter. Der Tod erfolgte am fünften Krankheitstage. Fieber fehlte während der ganzen Krankheitsdauer, und irgend ein Trauma oder sonstige Ursache des Leidens war nicht nachzuweisen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Congenitale spontane Gangrän, von C. E. Richmond-Warrington. (*Lancet.* 1901. 21. Sept.) Sofort bei der ohne Kunsthülfe erfolgten Geburt fanden sich an dem ausgetragenen Kinde zwei affizierte Gebiete von dunkelroter, mifsfarbener Entzündung, das eine eben unterhalb des Hinterkopfes, das andere in der Gegend des siebenten Halswirbels. Später trat schwarze Gangränbildung ein, und am achten Tage erfolgte der Tod. Verfasser glaubt an eine vom Centralnervensystem ausgehende trophische Störung, namentlich auch, weil im Verlauf der Krankheit ausgesprochener Strabismus auftrat. *Philippi-Bad Salzschlirf*

Einige neue Momente in Bezug auf Raynauds symmetrische Gangrän, von C. Beck New-York (*Amer. Journ. of Med. Scicne.* 1901. Nov.) Beobachtungen an einer 42jährigen Frau und einem 30jährigen schwächlichen Manne mit dieser Affektion ergaben mittelst Röntgenbilder den Beweis, dafs auch die Knochen dabei erheblich leiden. An der beigegebenen Abbildung sieht man, dafs die Endphalangen deutlich atrophisch sind und eine dreieckige geradezu krallenförmige Gestalt angenommen haben. Dagegen fanden sich Verdickungen am oberen Ende der zweiten Phalangen und den Metacarpalknochen. Weitere Untersuchungen sind erwünscht. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Eine Betrachtung über Hämorrhoiden, von John Turner-Baltimore. (*Med. News.* 7. Sept. 1901.) Nach kurzer anatomischer Beschreibung des unteren Mastdarmabschnittes und der Aetiologie der Hämorrhoiden kommt Verfasser zum Hauptteile seiner Arbeit, zur Behandlung derselben. In wenigen Fällen genügt die palliative Therapie: Regelung der Diät und des Stuhlganges, Blutegel bei starker Entzündung, Injektionen von kaltem Wasser, äufsere Heifswasserwaschungen. Bei venösen Hervorragungen kann Incision derselben, nach vorheriger Bepinselung mit 8 % Cocain-Lösung, Entleerung des Blutgerinnsels und Jodoformbestreuung unmittelbare Erleichterung gewähren. Betrifft die Hervorragung die Haut mit, so kommt als wirksamstes Mittel die Excision in Betracht. Die Injektion von Karbolsäure in die Hämorrhoiden sollte ganz verlassen werden, da heftige Blutungen, Pyämie und gefährliche Mastdarmstrikturen dadurch entstehen. Die venösen inneren Hämorrhoiden beobachtet man

häufig bei Trinkern und Multiparae. Bezüglich der Differentialdiagnose mufs man bei Hämorrhoiden, Polypen, Prolapsus ani, maligne Tumoren, wie Carcinom, ferner Condylome und Zellengeschwülste in Betracht ziehen. Die zwei Hauptmethoden der Operation, welche allein dauernde Heilung garantiert, sind Ligatur und Klammer und Thermokauter. Nach gehöriger Präparation des Operationfeldes und ausgeführter Narkose sollte der Sphinkter mit den beiden Daumen gedehnt werden, bis die Muskelspannung nachläfst; dadurch kann man die ganze erkrankte Stelle leicht übersehen und wird der Schmerz nach der Operation auch bedeutend verringert. Die Ligatur ist schon seit tausenden von Jahren, seit Hippokrates, in Gebrauch und von den berühmtesten Ärzten der Welt angewendet worden; mit Vorteil werden zuweilen vor der Operation Blutegel gesetzt. Nach der Operation, welcher Art sie auch gewesen sei, werden die Teile gründlich antiseptisch gereinigt, mit Jodoform bestreut und ein Morphiumsuppositorium eingeführt: drei Tage lang sollte Opium (Pulver) täglich gegeben werden, um Stuhlgang zu verhindern, darnach täglich Ricinusöl. Von den zahlreichen, weiters empfohlenen Operationsmethoden hebt schliefslich T. die bekannte Whitehead'sche (totale Excision der Hämorrhoiden nebst anliegender Haut und Schleimhaut, Vernähung der beiden letzteren) als wenig empfehlenwert hervor, da sie viel Blutverlust verursacht und Striktur am After — das unangenehmste Resultat einer Hämorrhoidenoperation — erzeugen kann. *Stern-München.*

Über die Bestrahlung der Alopecia areata mit Röntgenlicht nebst Studien über das Wesen der Röntgenwirkung, von Guido Holzknecht. (*Wien. klin. Rundschau.* 1901. No. 41.) Kienböck hat den ersten Fall von Alopecia areata mittels Röntgenbestrahlung geheilt. Verfasser teilt, auch bildlich, einen gleichen Fall mit, bei dem auch an die Wirksamkeit dieser Behandlung nicht zu zweifeln ist, da die unbestrahlten kahlen Stellen auch haarlos blieben. Die noch behaarten Stellen, soweit sie mitbestrahlt werden, zeigen umgekehrt ein Effluvium capillorum. Verfasser will nicht, dafs diese Wirkung als eine antiparasitäre aufgefafst wird, da die bactericide Dosis der Röntgenstrahlen eine viel höhere ist, als die curative. Bei einem Falle von Herpes tonsurans traf nach einer Röntgendermatitis Heilung ein; die in dem Schorfe vorhandenen Pilzmassen zeigten auf Nährböden aber keine Wachstumshemmung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur chirurgischen Behandlung thrombosierter Unterschenkelvaricen, von Kramer. (*Centralbl. für Chir.* 1901. No. 37.) Um die Beschwerden des Kranken zu lindern und die eingreifende Totalexstirpation der thrombosierten Varicen zu vermeiden, empfiehlt Verfasser die Längsspaltung der Gefäfsstränge unter Localanästhesie in ganzer Ausdehnung und die vorsichtige Entleerung der Gerinnselmassen; die in ca. 50 Fällen geübte Operation war nie von irgend welchen nachteiligen Erscheinungen gefolgt. *F. Hahn-Bremen.*

Über die chirurgische Behandlung der Varicen und der Ulcera varicosa der unteren Extremitäten, von Nardi. (*Rif. med.* März 1901. No. 22.) Verfasser empfiehlt hierbei die Methode von Moreschi — doppelte circuläre Incision — welche er in einzelnen Fällen mit der Incision rund um das Ulcus verbindet. Er ist aber der Ansicht, dafs individualisiert und nicht schablonenmäfsig ausschliefslich diese oder jene Methode angewendet werden soll. *C. Müller-Genf.*

Die Behandlung des Ulcus varicosum durch die trophische Nervendehnung, von Chipault. (*Le Bulletin médical.* 1901. No. 50.) Nach einer Vorbereitungskur des Ulcus, wo dasselbe gründlich desinfiziert, eventuell ausgekratzt wird, schreite man

zur Elongation des Nervus saphenus bei seinem Austritte aus dem Schenkelringe. Bei weniger ausgedehnten Ulcera genügt die Behandlung des musculocutaneus bei seinem Erscheinen aus dem Muskelinterstitium. Gleichzeitig mit dem Ulcus verschwinden auch die Hautdystrophien, die Pachydermie, das Ödem. Auch die Varicen werden durch diese Methode günstig beeinflufst. Fast in allen Fällen soll Heilung eintreten. *C. Müller-Genf.*

Zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre, von Walbaum-Harburg a. d. E. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 26.)

Bemerkungen zu „Zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre" von Dr. Walbaum, von O. Schultze-Kottbus. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 31.) Vor kurzer Zeit hatte Schulze eindringlich die Behandlung der Unterschenkelgeschwüre mit Kampher empfohlen; er wendet denselben vorzugsweise in Form von Salben und nur ausnahmsweise als Kampherwein an, da nach seinen Erfahrungen die Kampherweinbehandlung schmerzhaft und überdies für viele Fälle ungeeignet ist. Dagegen benutzt Walbaum zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre ausschliefslich und zwar mit vorzüglichen Resultaten den Kampherwein. Sein Verfahren ist folgendes: Nach kräftiger Abwaschung des Beines mit grüner Seife wird so lange ein täglich zu wechselnder feuchter Verband mit essigsaurer Thonerde angelegt, bis die Sekretion gering geworden ist und nicht mehr stark riecht. Von da ab wird das Geschwür mit einer mit Kampherwein befeuchteten Mullkompresse bedeckt; über diese Kompresse kommt eine etwas gröfsere trockne Gazeschicht und darüber ein Stück Guttapercha, dessen Ränder jedoch nicht über die Gazeschicht hinweg mit der Haut in Berührung kommen dürfen, weil sonst leicht hartnäckige Ekzeme entstehen. Das Ganze wird durch Watte und Binde gut abgeschlossen. Der Verband wird jeden zweiten Tag gewechselt; wobei jedesmal der Geschwürbrand mit einem in Lysol- oder Karbolwasser getauchten Gazebausch kräftig abgerieben und die Geschwürsfläche von dem aufliegenden gelblichen Häutchen befreit werden mufs. Unter dieser Behandlung heilen selbst die gröfsten und hartnäckigsten Geschwüre auffallend schnell, oft in weniger als 3 Wochen, bei Bettruhe natürlich noch rascher als bei ambulanter Behandlung. Entlassen werden die Patienten nach der Heilung gewöhnlich mit einem Zinkleimverband nach Unna, der ca. sechs Wochen liegen bleibt. Wenn die Kampherweinverbände genau in der angegebenen Weise gemacht werden, so ist die Behandlung absolut schmerzlos und stets von Erfolg gekrönt. Da nun alles auf das exakte Anlegen des Verbandes ankommt, ist es unbedingt notwendig, dass der Arzt die Verbände selbst macht.

In seinen Bemerkungen zu diesen Mitteilungen betont Schulze, dafs auch er in allen Fällen, in denen er selbst die Verbände anlegen kann, dem Kampherwein den Vorzug giebt. Bei seiner Klientel ist es jedoch nicht durchzusetzen, dafs die Kranken jeden zweiten Tag zum Arzt kommen, und unter solchen Bedingungen ist, wie ja auch Walbaum hervorhebt, der Kampherwein nicht zu empfehlen.

Götz-München.

Beitrag zur Behandlung des Ulcus cruris, von Siegfried Lissau. (*Prag. Med. Wochenschr.* 1901. No. 12.) Jedes Ulcus cruris läfst sich durch Transplantation heilen. Zunächst mufs das Geschwür gut granuliren, rein, von jeder übeln Sekretion frei sein, wozu eine Vorbehandlung nötig ist, bestehend in zwei bis drei mal täglichen Bädern mit Lysol oder Kali hypermang., Hochlagerung. Die Thierschschen Läppchen brauchen nicht das ganze Geschwür zu decken, frei zwischen den aufgepfropften Feldern bleibende Räume überhäuten meistens auffallend schnell. Die Haut wird von der Innenfläche des Oberarms genommen, die Technik wird eingehend geschildert.

Verband des Ulcus mit Gaze und durchlochtem Bellroth-Battist oder Protectiv-Silk, darüber Watte; Verbandwechsel jeden zweiten bis dritten Tag je nach der Lebhaftigkeit der Sekretion. — Lokalanästhesie zur Entnahme der Läppchen eignet sich nicht. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über mechanische Behandlung von Wunden und Geschwüren, besonders des Unterschenkels, von Herrmann. (*Wien. med Wochenschr.* 1901. No. 22.) Bei der Behandlung von Stauungsgeschwüren werden Druckverbände oft nicht vertragen, weil die Schmerzhaftigkeit eine zu grofse ist (kann ich nicht bestätigen. D. Ref.). Für diese Fälle empfiehlt Verfasser, den Druck vom Geschwür abzuhalten, indem man umwickelte Papp- und Korkstreifen, zusammengerollte Binden und ähnliches auf die schmerzlosen Teile der Umgebung auflegt und hier nach Art eines Hühneraugenringes befestigt. Danach kann man dann das Glied regelrecht wickeln. Wo keine übergrofse Schmerzhaftigkeit besteht, da legt man die umwickelten Korkstücke auf die Wunde selbst, um deren Wundränder zum Niveau des Geschwürs, oder umgekehrt überwuchernde Granulationen zum Niveau der Ränder herabzudrücken. — Einfach elastische Binden zu verwenden, ist unpraktisch, da sie sich lockern. Zu festen Verbänden verwendet Verfasser entweder ein Stück Rindleder mit Schnallen, an einem Rande in Riemen geschlitzt, oder mit Schnallen versehene Gurte, auf einen Zeugstreifen aufgenäht, Entsprechend dem Sitze des Geschwürs müssen diese Verbände verschieden gestaltet werden. (Wenn Verfasser beiläufig davon spricht, dafs man Zinkleimverbände 1—2 mal täglich wechseln mufs und dafs dieselben den Luftzutritt behindern, dann kennt er dieselben nicht. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Drei Fälle von Myxödem von verschiedenem Typus, von W. Wyllys-Yarmouth. (*Lancet.* 11. Mai 1901.) Die Haut zeigte die üblichen Veränderungen, aber nicht durchweg in ausgesprochener Weise. Die erste Kranke entwickelte eine manische Geistesstörung; bei der zweiten wurde die Diagnose erst nach längerem Bestehen des Leidens bei Gelegenheit akuter Magendarmerscheinungen gestellt, und bei der dritten schwankte die Diagnose lange zwischen cerebraler Syphilis, Nephritis und Mxyödem. Die durch das Vorhandensein von Mucin bedingte teigige Schwellung der Conjunctiva bei fehlender Albuminurie war bei letzterer Patientin deutlich ausgeprägt und bildete einen wichtigen Fingerzeig zur Stellung der Diagnose. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Hauterscheinungen beim Diabetes, von S. Sherwell-Brooklyn. (*Med. News.* 1901. No. 26.) Als eine der wichtigsten und in der grofsen Mehrzahl von Diabetesfällen vorkommenden Hautkrankheiten führt Sh. das allgemeine Xeroderma in erster Linie an; es ist das die funktionelle Varietät dieser Affektion, welche plötzlich auftritt, im Gegensatz zur kongenitalen, bei welcher gewöhnlich grofse Verminderung oder beinahe totale Abwesenheit der Haut Drüsenelemente besteht. Diese Trockenheit der Haut ist gewöhnlich, wenn auch nicht immer, mit Jucken verbunden und überträgt sich meist auch auf die Schleimhäute (Mund, Lippen u. s. w.). Weiterhin kommt bei Diabetes Hautjucken allein vor, dann zunächst an Häufigkeit ekzematöse Dermatitis, besonders an der Flexorenseite der Extremitäten, an Geschlechts-, After- und Inguinalgegend. Zur Behandlung dieser Zustände empfiehlt Sh. eine Sublimatlösung (1 : 1000) in einer Bittermandelöl-Emulsion mit geringen Zusätzen von Salicylsäure und Resorcin. Furunkel und Karbunkel, besonders am Nacken und an der Glutäalgegend, kommen nicht selten bei Diabetes vor, ebenso nach Sh. die Dermatitis herpetiformis (Duhring). Von wirklichen Neubildungen auf diabetischer Grundlage hebt Sh. das Xanthom, welches in dieser Ätiologie ja bekannt ist, und die Dermatitis blastomycetica hervor; letztere hat viel Ähnlichkeit mit der verrukösen

Hauttuberkulose, mit welcher sie daher leicht zu verwechseln sei. Von den 2 Fällen diabetischen Xanthoms, welche Sh. beobachtete, hatte der eine Patient eine enorme Zahl dieser Neubildungen, die über den ganzen Körper und die Beine verstreut waren.

Stern-München.

Ein Beitrag zur Kenntnis des Xeroderma pigmentosum von August Hallb. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1901, No. 32.) Nach einem Überblick über die Pathologie des Xeroderma pigmentosum berichtet Verfasser eingehend über einen Fall, in dem auch eine genaue histologische Untersuchung vorgenommen ist. Das Resultat der letzteren ist etwa folgendes: Das Pigment entsteht nicht im Epithel selbst, sondern wird von Chromatophoren aus der Umgebung der Blutgefäfse heraufgetragen. Die sich findenden weissen Flecke sind verschiedener Art: Bei einem Teil ist das Bild dasselbe wie bei Vitiligo; ein anderer zeigt neben Pigmentmangel narbige Umwandlung der oberen Cutislagen. — Die von Unna beschriebene Hypertrophie und Sklerose des Bindegewebes konnte nicht gefunden werden. — Bemerkenswert ist das Vorhandensein grofser Vacuolen in den Basalzellen des Rete, wie es Wesolowski bereits beschrieben. Sie finden sich sowohl an weissen wie an roten Stellen. — Die untersuchten Tumoren erwiesen sich alle als Epithelialcarcinome, die sämtlich ausgegangen waren von der Epidermisbekleidung. — In der makroskopisch gesunden Umgebung der Tumoren befinden sich oft schon in Bildung begriffene Epithelialcarcinome. — Am auffälligsten an dem Krankheitsbilde ist jedenfalls diese, schon im Kindesalter vorhandene Neigung der Körperoberfläche zu multipler Carcinombildung. — Die weiteren Ausführungen betreffen Verlauf, Diagnose und Therapie des Leidens.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von diffuser Sklerodermie, von R. Bleasdale. (*Brit. med. Journ.* 16. März 1901.) Das Leiden begann bei dem 23jähr. jungen Manne mit Rheumatismus an Händen und Füfsen und einer beträchtlichen Schwellung der Knöchel. Dies dauerte einige Wochen, als man die Wahrnehmung machte, dafs die Haut an Armen und Beinen des Patienten anfing hart und gespannt zu sein. Dieser Zustand dehnte sich auf das Gesicht und den Stamm aus. Die Haut zeigte eine grofse Neigung zu Rissen und zu Ulcerationen. Im weiteren Verlaufe entwickelte sich Phthisis der linken Lungenspitze, an der der Patient zu Grunde ging. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von diffuser Sklerodermie, von W. S. Porter. (*Brid. med. Journ.* 13. April 1901.) Die 39jähr. Patientin bekam im Alter von 18 Jahren eine Vergröfserung der Schilddrüse; im Alter von 24 Jahren trug sie eine Kopfverletzung davon. Seit der Zeit leidet sie viel an Kopfschmerzen. Sie ist seit 14 Jahren verheiratet, hat neun Fehlgeburten durchgemacht, alle im dritten Monate der Gravidität Vor sechs Monaten bekam sie einen heftigen, mit Bewufstlosigkeit einhergehenden nervösen Anfall. Von dieser Zeit an begannen Hände und Vorderarme und das rechte Bein zu schwellen, die Haut wurde hart, unnachgiebig, und dadurch die Beweglichkeit der Gelenke herabgesetzt. Später wurden auch andere Körperteile, wie das Gesicht, Thorax von der Affektion befallen. Die Kaubewegung war erschwert, der Gesichtsausdruck steinern. Von Interesse war, dafs die Schilddrüse fast vollständig atrophiert schien. Im Übrigen erwiesen sich die Organe normal. In der letzten Zeit war die Patientin stark abgemagert und fror sehr leicht. Sie wurde deshalb 14 Tage lang im Bett gehalten, gut erwärmt, täglich warm gebadet und mit Öl sanft eingerieben. Innerlich erhielt sie nur Schilddrüsenextrakt. Der Erfolg war ein vorzüglicher. *C. Berliner-Aachen.*

Über Sklerodermie nach eigenen Beobachtungen, von NEUMANN-Baden-Baden. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 70, Heft 1 und 2) Verfasser beschreibt eingehend fünf von ihm beobachtete ausgedehnte Sklerodermiefälle und knüpft epikritische Bemerkungen daran: Die Einteilung des Verlaufes in Stadien trifft nicht zu: fast gleichzeitig treten die verschiedenen Zustände auf; die Sklerodaktylie beginnt sicher nicht mit teigiger Schwellung. Zur Ätiologie kann Verfasser nichts beibringen, ebensowenig findet er Anhaltspunkte, die die Krankheit als Trophoneurose erscheinen lassen. er hält die Sklerodermie für einen chronischen Vergiftungszustand wahrscheinlich nicht bakterieller Natur. Von neuen Behandlungsarten empfiehlt er die Anwendung der trockenen, überhitzten Luft im TALLERMANschen Apparate, die ihm einige Male gute Resultate gab. *F. Hahn-Bremen.*

Untersuchungen über den Stoffwechsel bei der Sklerodermie, von H. TEDESCHI. (*Rif. med.* 1901, No. 32.) Verfasser hat konstatiert, dafs zwischen Eingang und Abgang Gleichgewicht besteht. Harnstoff und Gesamtstickstoff sind zwar vermindert, doch gleicht sich das Verhältnis im Vergleiche zu anderen Harnbestandteilen wieder aus. Seine Untersuchungen erstrecken sich auch auf die Phosphate und Chlorate, von denen die ersteren in normaler Gesamtmenge, die letzteren überhaupt vermehrt sind. Diese Untersuchungen beziehen sich zwar auf einen einzigen Fall von Sklerodermie, weshalb sich keine definitiven Schlufsfolgerungen daraus ziehen lassen. Verfasser glaubt aber, dafs sich vielleicht auf diesem Gebiete die nötigen Anhaltspunkte zur Erklärung der Pathogenese der Affektion werden schöpfen lassen. *C. Müller-Genf.*

Universelle Sklerodermie und RAYNAUDsche Krankheit, von ROLLESTON und PEARSON. (*Brit. med. Journ.* 2. Februar 1901.) Der Fall betraf eine 22jähr. Frau, bei der nur die Behandlung mit dem konstanten Strom wohlthuend wirkte, ohne jedoch das Leiden gänzlich zu beseitigen. Die Vergesellschaftung der Sklerodermie mit der RAYNAUDschen Krankheit, wie sie in 14 Fällen bisher bekannt geworden ist, läfst die Annahme zu, dafs Endarteriitis obliterans eine ursächliche Rolle bei beiden Affektionen spielt. *C. Berliner-Aachen.*

In der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 24) demonstrierte am 11. März 1901 WULFF einen **Fall von Sklerodermie mit Myositis** bei einem 10jähr. Knaben. Vor zwei Jahren wurde bei dem bis dahin gesunden Patienten plötzlich die Haut fest, wie gefroren; innerhalb zweier Tage war der ganze Körper unbeweglich. Die Verhärtung hat sich bis zu einem gewissen Grade verloren, Schwerbeweglichkeit ist geblieben. Zur Zeit besteht maskenartiger Gesichtsausdruck, doch verändert sich die Physiognomie beim Lachen und Weinen. An Gesicht, Thorax, Armen und der Vorderfläche der Oberschenkel fühlt sich die Haut derb an, ist aber überall auf der Unterlage verschieblich. Narbige Veränderungen an den Fingerkuppen und an den Vorsprüngen der Armknochen. Trockenheit und Atrophie der Zungenschleimhaut. Mitralinsufficienz. Aufserdem bestehen ausgedehnte Muskelveränderungen mit schweren Bewegungsstörungen unabhängig von den Veränderungen an der Haut. Muskelkraft nur an den Armen herabgesetzt, hier auch Atrophie. Mäfsige Druckempfindlichkeit, Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit, keine Entartungsreaktion. Mikroskopische Untersuchung der Muskulatur ergiebt normale Beschaffenheit der Muskelfasern; in den Instertitien Rundzellenanhäufung um die Gefäfse herum. — In der Diskussion demonstriert WOHLGEMUTH ein kleines Mädchen mit völligem Schwund des Unterhautgewebes im Gesicht, so dafs dieses fast skelettartig aussieht; am Kinn ist der Beginn des Prozesses sichtbar in

Form teigiger Infiltration. Aufserdem an beiden Oberarmen beginnende Prozesse, die den Eindruck einer Myositis ossificans machte. Wohlgemuth hält die Affektion für einen eklatanten Fall von Sklerodermie. *A. Loewald-Cassel.*

Alopecia areata, eine klinische und experimentelle Studie, von Norman-Walker-Edinburgh und Marion B. Marshall-Rockwell-Granville. (*Scott. Journ.* 1901. No. 1.) Alopecia areata ist in Edinburgh keine seltene Erkrankung. Die Autoren konnten innerhalb dreier Monate doppelt soviel Fälle registrieren als Pavloff in Petersburg während eines Jahres zu beobachten vermochte. Die Zahl der von den Verfassern behandelten Alopecia areata-Kranken betrug 63. Von vielen wurden Kulturen angelegt. Von allen in Edinburgh im Hospital beobachteten Dermatosen machte die Alopecia areata etwa 5% aus. Die Männer prävalierten dabei (auf 207 Fälle nur 85 weibliche Kranke). Das bevorzugte Alter sind die Jahre 10—20. Über 45 Jahren ist das Leiden selten. Von 62 Fällen hatten 14 früher selbst an Trichophytie gelitten oder in der Verwandtschaft aufzuweisen gehabt, doch bestand wohl keine ätiologische Beziehung zwischen jenen Affektionen und der jetzigen. Seborrhoe konnten die Verfasser bei vielen ihrer Alopeciakranken feststellen. Besonders instruktiv war in dieser Richtung der Kopf eines Sergeanten, der von totaler Alopecia areata befallen war. Die Kopfhaut des Mannes war über und über mit Comedonen besät. Fast in allen Fällen erhielten die Verfasser Sabouraud- und Porzellankulturen.

Hopf-Dresden.

Die Ätiologie der Alopecia areata, von Delos und Parker (*Medical Record.* 1901. No. 2.) Nach den Behauptungen der Verfasser, die sich auf Experimente stützen, scheint die Alopecia areata durch Autointoxikation verursacht zu sein, bei welcher das Gift, das Trichotoxicum, wie sie es nennen, in den Lungenbläschen erzeugt wird und von dort in die Zirkulation gelangt. Mit diesem Gifte, das sie aus der Expirationsluft von Alopeciapatienten gewannen, wollen die Verfasser bei Hunden durch Injektionen künstliche Alopecia erzeugt haben. *C. Müller-Genf.*

Über Monilethrix, von E. Wood Ruggles. (*Journ. of cut. & gen.-urin. Dis.* Nov. 1900.) Monilethrix ist eine Haarkrankheit, charakterisiert durch einen knotigen oder knopfartigen Zustand, welcher in Kahlheit der ergriffenen Stelle, des Kopfes oder eines anderen Körperteiles, endet. Sie ist eine aufserordentlich seltene Affektion indem seit der ersten Veröffentlichung im Jahre 1879 nur 65 Fälle beschrieben worden sind; der vorliegende Fall ist der vierte in Amerika. Wie bei Trichorrhexis nodosa, einer ähnlichen Affektion, welche in den Barthaaren vorkommt, sind auch hier abwechselnd Zusammenziehung und Verdickung des Haarschafts vorhanden, nur mit dem Unterschiede, dafs die Knoten bei der Trichorrhexis relativ kurz, bei Monilethrix lang und spindelartig sind und der Haardurchmesser ständig wechselt. Das Mikroskop zeigt bei letzterer die Cuticula vollständig intakt, ausgenommen dafs man in manchen Haaren quere Spalten am Ende findet. Die Symptome dieser Haarkrankheit sind subjektiv gleich null. Die plausibelste Theorie bezüglich der Ätiologie ist, dafs es sich um eine Trophoneurose handelt. Die Entstehung ist eine intrafolliculäre, da das Haar aus dem Follikel mit den schon formierten Knoten auftaucht. Heredität scheint einen entschiedenen Einfluſs zu haben. In dem von R. beobachteten Falle handelte es sich um einen Arzt, wie schon in zwei früher in Amerika zur Beobachtung gelangten Fällen; derselbe ist 86 Jahre alt, sonst gesund, datiert die Affektion schon 3—5 Jahre zurück. Sie sitzt symmetrisch an beiden Unterschenkeln, die hintere Fläche derselben ist bereits kahl; wenn man auf die Seiten- und Vorderfläche sieht mit dem Lichte hinter sich, so erkennt man mit bloſsem Auge zahlreiche,

knotenartig verdickte Haare, bei dem Versuche sie auszuziehen, brechen sie ab und man findet, daſs sie immer an einer engen Stelle brechen. Eine rationelle Behandlung des Leidens giebt es nicht, Crocker empfiehlt, eventuelle Störung des Allgemeinbefindens zu beheben und die Kopfhaut mit der faradischen Bürste zu stimulieren. Eine Tabelle, welche schematisch die normalen Haare den Erkrankungsformen bei Trichorrhexis und Monilethrix gegenüberstellt, ebensowie Abbildungen über den von R. beobachteten Fall ergänzen die Arbeit. *Stern-München.*

Idioneurosen.

Über das Jucken und die juckenden Hautkrankheiten, von A. Neisser-Breslau. (*Dtsch. Klinik am Eingange des 20. Jahrh.*) Der Pathogenese nach teilt N. die Juckzustände, die er einzeln skizziert, folgendermaſsen ein: 1. Durch Parasiten verursacht und zwar tierische (Pediculi, Phthirii u. s. w.; Scabies) und pflanzliche (wesentlich aus der Gruppe der Trichophytonpilze). 2. Ohne äuſsere, an die Haut herankommende Ursache und ohne Hautkrankheit: Pruritus im allgemeinen; hier wieder zwei Gruppen: a. Jucken durch chemische, in den Körpersäften zirkulierende Stoffe, z. B. bei Diabetes, Ikterus, multipler Karzinose; b. auf rein nervöser primärer Grundlage (Spinalirritation, allgemeiner Paralyse, Hysterie, Neurasthenie, Psychosen) oder reflektorischer Art bei Gravidität, Uterus-, Ovarienaffektionen; c. Pruritus senilis, Pruritus hiemalis und aestivalis. 3. Jucken bei charakterstischen Hautaffektionen: a. als Symptom bei nässenden Ekzemen, Dermatitis lichenoides, Pemphigus u. s. w.; b. als Teilerscheinung der urtikariellen Formen: Urticaria, Strophulus, Prurigo Hebrae. N. hebt die Schwierigkeiten hervor, welche sich bezüglich der Diagnose bei den Juckzuständen ergeben, und hält dieselbe für besonders schwierig, wenn Wanzen als Ursache in Frage kommen; aber auch bei der Diagnose „Pruritus“ muſs man sehr vorsichtig sein und es zeigt sich bekanntlich dieselbe nur als Anfang weiteren, oft mühseligen Suchens und Untersuchens. Bezüglich der Therapie des Juckens kommt natürlich in erster Linie der ätiologische Zustand in Betracht; um die Juckempfindung selbst zu mildern, hält N. in erster Reihe für angezeigt Sorge für Luftabschluſs und eine gleichmäſsige Temperatur der Haut: sofort beim Ausziehen Abends juckstillende Waschungen oder Fettungen, dann Einwickelungen mit trockener Watte und Binden. Bequemer ist das Auftragen trocknender Pinselungen, wofür eine 3—5—10%ige Ichthyol-Zink-Glycerinmischung als beste Vorschrift angegeben ist. Auſser Kühlsalben sind die bequemen Waschungen sauberer und leichter wochenlang durchzuführen; neben den bekannten, dazu verwandten Mitteln wie Menthol, Karbol-, Salicylsäure, den Teerpräparaten wird auch das Naphhtol und das aus ihm hergestellte Epicarin (5% Salbe) neuerdings empfohlen. Bezüglich der Bäder muſs von Fall zu Fall entschieden und jedenfalls mit individueller Sorgfalt deren Gebrauch überwacht werden. Zur Herbeiführung des oft fehlenden Schlafes und zur allgemeinen Beruhigung des Nervensystems haben sich N, von inneren Mitteln die Bromsalze und Antipyrin bewährt: in den späten Nachmittag- und Abendstunden 4,0—6,0 Bromnatrium mit Antipyrin in Lösung zu verbrauchen; im äuſsersten Falle Sulfonal oder Chloralhydrate. Allenfalls kommen noch in Betracht Karbolsäure innerlich in Pillen (5—10%ig 4—6 mal täglich), ferner Atropin, Valeriana- und Salicylpräparate; von Arsen sah N. nie Erfolg. Vermeidung aller nervenerregenden Speisen und Getränke ist natürlich geboten. *Stern-München.*

Drei Fälle von Pruritus im Verein mit Lymphadenoma, von W. Cottle-London und L. Dickinson-London. *Lancet*, 24. Aug. 1901.) Von diesen drei Fällen betrafen zwei Patientinnen im Alter von 42 und von 20 Jahren, der dritte einen 34jähr. Herrn. Bei allen verlief die Krankheit im Laufe von einigen Monaten oder längstens wenigen Jahren tötlich. Das Vorkommen von Pruritus bei Lymphadenoma wird von anderen Autoren nicht erwähnt, in manchen Fällen fehlt derselbe auch nachweislich gänzlich. Doch sind Verfasser geneigt, einen gewissen Zusammenhang anzunehmen, und zwar dürfte das Auftreten des Juckreizes nach den hier vorliegenden Erfahrungen auf einen sich an der Haut äufsernden kachektischen Zustand hindeuten und entschieden mali ominis sein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Pruritus senilis linguae, von Egmont Baumgarten-Ofen-Pest. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 39.) Nach einer Aufzählung all der zahlreichen Affektionen, bei denen Schmerzen und Beschwerden irgend welcher Art an der Zunge auftreten, ohne dafs diese selbst sichtbar verändert wäre, berichtet der Verfasser in Kürze über zwei alte Frauen, die von aufserordentlich qualvollem Jucken an der Zunge gepeinigt wurden. Für dieses Jucken, das allen therapeutischen Mafsnahmen widerstand, konnte weder an der Zunge selbst oder in deren Umgebung noch sonst irgendwo im Körper eine Ursache gefunden werden. Es handelte sich in beiden Fällen um eine dem Pruritus senilis der Haut analoge Erscheinung. In dem einen Fall trat nach einiger Zeit auch an verschiedenen Stellen der äufseren Haut heftiges Jucken auf. — Pruritus senilis linguae kommt jedenfalls sehr selten vor. Die Diagnose darf nach Ansicht des Verfassers erst gestellt werden, wenn auch bei längerer Beobachtung für das Jucken an der Zunge keinerlei Ursache eruiert werden kann; vollständig sicher ist die Diagnose wohl nur in den Fällen, in denen auch auf der äufseren Haut Pruritus auftritt. *Götz-München.*

Über die Vernachlässigung des Kauters in der Chirurgie und über seinen Nutzen bei der Behandlung des Prurirus ani, von W. M. Banks - Liverpool (*Brit. med. Journ.* 9. März 1901.) Der Verfasser zeigt in launiger Weise, wie manche alte, weit verbreitete und oft geübte Methoden, die doch sicherlich ihre Erfolge gehabt haben mufsten, vernachlässigt wurden und in Vergessenheit geraten sind. Wer denkt noch an die Moxen, Haarseile etc.? Welcher moderne Arzt würde nicht, wenn er ein altes, illustriertes chirurgisches Werk durchblätterte, beim Anblick der zahlreichen Kauteren in jeder Gestalt und Gröfse ein erstauntes Gesicht machen? Dafs man gegenwärtig den Kauter nicht mehr in dem Umfange wie früher anwendet, soll gewifs nicht bedauert werden, nur dafs man ihn auch bei solchen Gelegenheiten nicht mehr kennt, bei denen wir ihn mangels besserer therapeutischer Mafsnahmen gut gebrauchen könnten.

Verfasser berichtet über einen Fall von syphilitischer Periostitis der rechten Tibia einer blassen, abgemagerten Frau, die seit langer Zeit einen krampfhaften, bohrenden Schmerz in den Knochen fühlt und vergeblich dagegen mit Quecksilber und Jod behandelt worden ist. Nur stetig stärkere Dosen von Opium milderten das Leiden. Die Patientin wurde chloroformiert und die Tibialgegend tief und breit kauterisiert. Als die Frau erwachte, fühlte sie wohl das Brennen, aber der anhaltende Schmerz im Knochen war verschwunden und kehrte auch nicht wieder.

In mehreren sehr hartnäckigen Fällen von Pruritus ani und Pruritus vulvae hat eine ausgiebige Kauterisation der befallenen Partien die Patienten von langjährigen Leiden befreit. *C. Berliner-Aachen.*

Beitrag zur Behandlung des Pruritus vulvae, von L. Siebourg:Barmen. (*Centralbl. für Gynäkol.* 1901. No. 26.) Bezüglich der Ätiologie des Pruritus vulvae vertritt S. die Auffassung, dafs fast alle Fälle nachweislich lokale Ursachen haben — meist Sekrete von der Vaginalschleimhaut und Katarrhen des Endometriums, auch alte Ringe, Oxyuren, Pediculi pubis, anormale Harnbestandteile (Diabetes, Nierenleiden, Ikterus u. s. w.). Neben der Erforschung der Ursache, Regelung der Diät und anderen üblichen Verordnungen — Kurzschneiden der Nägel, kalten Waschungen, Salben: Cocain mit Orthoform, Menthol und Karbollösung gemischt bei verletzter, Resorcin mit Spiritus rusci bei intakter Haut und Schleimhaut — haben sich S. besonders bei veralteten Fällen in letzter Zeit die Infiltrationsanästhesie bewährt. Dazu brachte ihn die Erfahrung, dafs nach starker subkulaner Injektion von physiologischer Kochsalzlösung die Haut über den injicierten Stellen tagelang gefühllos bleibt: durch eine grofse Menge Flüssigkeit wird die Haut stark abgehoben und werden die Nervenendigungen stark gezerrt und empfindungslos. Es kommt daher weniger auf ein bestimmtes Medikament, wie Cocain und Karbol an, welche S. früher in ganz verdünnten Lösungen gebrauchte, sondern auf eine relativ grofse Menge Flüssigkeit; S. injiziert daher bis zu 1/1 Liter physiologische Kochsalzlösung mittelst Irrigator und Hohlnadel unter die Haut der Vulva u. s. w. bis dieselbe gut abgehoben ist; am besten werden die Injektionen Abends gemacht, von innerlichen Mitteln sind jedoch Brom, Chloralhydrat u. a. m. nicht zu entbehren.

Stern-München.

Pruritus und Frühgeburt, von D. Kranovitz. (*Gyógyászat.* 1901. No. 33.) Verfasser bekam eine Patientin in Beobachtung, die darüber klagte, dafs sie seit Beginn ihrer Schwangerschaft an heftigem Jucken leidet, welches sich hauptsächlich auf die Handflächen, auf die Streckseiten der Extremitäten und auf die Augenlider erstreckt. Währenddem das Jucken im Beginne der Schwangerschaft in längeren Intervallen auftrat, nahm dasselbe mit dem Vorschreiten der Schwangerschaft an Intensität und Dauer zu in dem Mafse, dafs sie besonders im sechsten und siebenten Schwangerschaftsmonate kaum ein Auge schlofs, vollkommen herunterkam. In der 29. Schwangerschaftswoche trat eine Frühgeburt ein. Bereits in der ersten Nacht nach der Geburt schlief die Patientin gut und nach drei Tagen hörte der Pruritus vollkommen auf, welcher sich auch während dreimonatlicher Beobachtung nicht mehr einstellte. Während des Pruritus entwickelten sich auf der Haut Excoriationen, auf den Unterschenkeln sogar Geschwüre, welche jeder Theraphie trotzten und vier Tage nach der Geburt alle spontan heilten. Ebenso erwiesen sich alle beim Pruritus gebräuchlichen Mittel als unfruchtbar. In diesem Falle stand der quälende Pruritus im kausalen Nexus zu der Schwangerschaft, indem derselbe mit der Schwangerschaft begonnen hat, sich während derselben standfest zeigte und mit dem Aufhören der Schwangerschaft prompt verschwand. In anbetracht dessen, dafs die Frühgeburt beim Pruritus in so günstiger Weise wirkt, wirft Verfasser die Frage auf, ob in solchen Fällen, wo die Intensität und die Dauer des Pruritus eine so hochgradige ist, dafs derselbe durch die vollkommene Erschöpfung gewissermafsen eine Lebensgefahr bildet, oder sonst bei Nervösen eine psychische Depravation zu befürchten ist, alle therapeutischen Mafsnahmen nutzlos sind und die spontane Frühgeburt nicht selbst eintritt, also ob in solchen Fällen die künstliche Frühgeburt einzuleiten wäre, mit welcher man das vollkommene Verschwinden des Pruritus sicher erwarten kann.

A. Alpár-Alexandria.

Zur allgemeinen Chirurgie des Symphaticus, von Garampazzi. (*Il Morgagni.* 1901. No. 7.) Verfasser beschreibt zwei Fälle, bei denen er mit Erfolg die sakrale Sympathicorhexis nach der Methode von Jaboulay ausführte. Bei dem ersten handelte

es sich um einen schmerzhaften Amputationsstumpf, wo zuvor die Ischiadikusresektion resultatlos gemacht worden war. Der andere Fall war ein äufserst heftiger und hartnäckiger Fall von Pruritus vulvae, mit rudimentärem Zustande der inneren Genitalien. *C. Müller-Genf.*

Sekretionsanomalien.

Die Erklärung des kritischen Schweifses, von L. Török. (*Gyógyászat.* 1901 No. 29.) In den Fällen, wo die fieberhafte Erkrankung, oder eine in Form von Attacken auftretende fieberhafte Affektion, kritisch ihr Ende erreicht, wird der Organismus entweder gänzlich, oder blofs für eine Zeit von der Wirkung des Krankheitserregers entlastet. Es werden also freigemacht, das die Körpertemperatur regelnde Centrum und auch die dazu gehörenden Apparate, die Schweifsdrüsen nehmen daher wieder ihre normale Thätigkeit auf. Das kritische Ende einer fieberhaften Erkrankung kann also beiläufig so aufgefafst werden, dafs bei dem während der Krankheitsdauer geführten Kampfe zwischen dem Krankheitserreger und dem Organismus in der Zeit der Krisis der erstere vernichtet wird, in solchen Fällen aber, wo mehrfache Fieberattacken vorkommen die kritisch enden, wird entweder die unmittelbar einwirkende Form des Krankheitserregers vernichtet oder irgendwelches pyrogenetisches Produkt neutralisiert. Obzwar in der Zeit, in welcher dies geschieht, und in dem damit die Temperatur regelnden Apparate freigemacht werden, ist die Körpertemperatur noch immer eine hohe, ist doch, solange der pyogene Krankheitserreger noch wirkungsfähig ist, die Temperaturproduktion zumeist eine gesteigerte, die Temperaturabgabe hingegen ist eine ungenügende. Nur mit dem raschen Ende der pyogenen Einwirkung ändert sich in kurzer Zeit die Situation. In der Periode der Niederkämpfung des Krankheitserregers ist also die Körpertemperatur noch hoch. Die zur normalen Thätigkeit zurückgeführten Temperatur regelnden Apparate werden also dieser höheren Temperatur entsprechend eingestellt und werden nun zu dessen Ausgleichung in eine starke Thätigkeit gebracht werden. Infolge der starken Thätigkeit der Schweifsdrüsen zeigt sich nun unter solchen Verhältnissen ein profuses Schwitzen, der sogenannte kritische Schweifs. *A. Alpár-Alexandria.*

Saprophyten und Fremdkörper.

Ein Fall von subcutanem Emphysem infolge einer Geburt, von S. Székely. (*Gyógyászat.* 1901. No. 34.) Das Emphysem des subcutanen Gewebes, verursacht durch die Geburt, gehört zu den sehr seltenen Komplikationen; dasselbe wurde zumeist bei Erstgebärenden beobachtet, und dessen erstes Auftreten stets im Iugulum. Die Prognose ist in der Regel gut, indem es zumeist in 1—3 Wochen ohne welche Komplikation von selbst schwindet. Die 29jährige Primipara, bei sonst normalem Beckenbefunde und etwas katarrhalischen Erscheinungen der Lunge, hatte eine etwas verschleppte Geburt. Am dritten Tage der Wehen begann die Frau im Gesichte zu schwellen, welche Schwellung alsbald kolossale Dimensionen annahm; der Kopf hatte beinahe den doppelten Umfang, die Schwellung nahm den ganzen Oberkörper ein und erstreckte sich bis zur Symphyse. Die Schwellung war auf der rechten Körperhälfte intensiver. Im Verlaufe von 3 Wochen bildeten sich alle Symptome zurück, ohne dafs es notwendig gewesen wäre, einen operativen Eingriff zu machen.
A. Alpár-Alexandria.

Hautpigmentation durch den Demodex folliculorum, von W. Dubreuilh. (*Journ. de Méd. de Bordeaux.* 27. Jan. 1901.) Der Demodex lebt in den Haarfollikeln

und ist trotz seines nicht seltenen Auftretens schwer zu finden, in den Komedonen kommt er nie vor. Beim Schwein und beim Hund bewirkt er sehr juckende Dermatosen, meist schwerer und unheilbarer Art. Beim Menschen ist er harmlos und erklärt D. die Ansicht für falsch, dafs er bei der Acne eine Rolle spiele, jedoch kann der Parasit in grofsen Mengen auftretend eine unnormale Pigmentation hervorrufen, wie verschiedene Fälle, denen Verfasser einen selbst beobachteten zufügt, beweisen. Die Pigmentation entsteht wahrscheinlich durch ein Sekret der Parasiten, ähnlich wie bei den Pediculis pubis. Die Zerstörung des Parasiten ist sehr schwer und daher die Entfernung der Pigmentation ungeheuer mühsam, da sämtliche antiparasitären Mittel, selbst Chrysarobin, versagen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über das Eindringen der Ankylostomalarven in die menschliche Haut, von A. Loos. (*Centralbl. f. Bakteriol.* 1901. No. 18.) Verfasser hat vor einiger Zeit die Behauptung aufgestellt, dafs Ankylostomalarven auch durch die Haut in den Körper dringen können; sie bohren sich aktiv in die Haut ein und gelangen dann auf noch unbekanntem Wege in den Darm, um dort zu Geschlechtsreife heranzuwachsen. Er basierte seine Beobachtung darauf, dafs er bei sich feststellte, dafs larvenhaltiges Wasser, auf die Haut gebracht, intensives Brennen und starke Rötung der Haut bewirkt. Nach Verdunstung des Wassers ergab die Untersuchung des abgetragenen Restes fast durchweg nur leere Larvenhäutchen. Wo waren die Larven geblieben? Verfasser meint, dafs sie in die Haut eingedrungen sind. Seine eigene, während der Versuche erfolgte Infektion will er nur auf diese Weise erklären, da dieselbe per os bestimmt nicht erfolgt sein soll. — Zur weiteren experimentellen Prüfung wurde nun ein nach einer Stunde zu amputierendes Bein benutzt. Die Haut wurde mit larvenhaltigem Wasser beträufelt und dieses sich selbst überlassen. Die mikroskopische Untersuchung des beträufelten Hautstückes ergab, dafs die Haarbälge junge Ankylostomen enthielten. Man konnte diese bis ins Corium verfolgen, wohin die ersten also nach einer Stunde übergetreten waren. Die Eintrittsstelle ist also der Haarfollikel; in den Kanälen der Schweifs- und Talgdrüsen fand sich keine Larve. — Verfasser nimmt an, dafs die Haut als Eintrittspforte häufig von den Ankylostomen benutzt wird. Die Infektion durch das Wasser kann nicht so häufig sein, da die Larven keine Eigenbewegung haben und in stehendem Wasser zu Boden sinken. Dagegen ist beim Stehen im Wasser und Schlamm, was die Fellachen in Aegypten bei der Feldarbeit stundenlang thun müssen, zu einer Infektion durch die Haut reichlich Gelegenheit.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Durch Filaria bedingte Varix lymphatica, von G. L. Opie. (*Am. Journ. of med. Scienc.* Sept. 1901.) Verfasser giebt eine ausführliche Schilderung eines im Johns Hopkins Hopital verstorbenen 24jährigen Mannes, der auf der Insel St. Thomas wahrscheinlich infiziert worden war. Intra vitam war die Affektion nicht erkannt worden; die Diagnose war vielmehr auf Peritonitis gestellt worden; ein in der rechten Leistengegend gelegener Tumor, der seit acht Jahren als bewegliche Masse bestanden hatte, war für eine Hernie gehalten worden, doch ergab eine Probeincision alsbald, dafs eine feste Geschwulstmasse vorlag. Die Obduktionsdiagnose lautete: Filariasis; Varix lymphatica des Ductus thoracicus, der retroperitonealen Lymphwege des Abdomens und Beckens sowie des Samenstrangs und der rechten Leiste; in dem einen erweiterten Lymphgefäfs eine ausgewachsene Filaria Bancrofti; in einem Aste der Vena hepatica eine embryonale Filaria. Sekundär Infektion der Lymph. varix mit Diplococcus lanceolatus; fibrino-purulente Entzündung des Peritoneums, der rechten Pleura und der Tunica vaginalis. Die Litteratur ist ausführlich berücksichtigt.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Mifsbildungen.

Ein Fall von Trichosis lumbalis mit Spina bifida occulta, von KELLNER. (*Centralbl. f. Chir.* 1901. No. 22.) Der 14jährige idiotische Knabe hat in der Gegend des vierten und fünften Lendenwirbels einen stark entwickelten Haarwuchs: der Umfang der behaarten Stelle beträgt 45, der Durchmesser 13, die Länge des Haarzopfes 30 cm. Die Frage, ob eine Spina bifida vorhanden sei, liefs sich durch äufsere Untersuchung nicht entscheiden. Die vorgenommene Röntgenaufnahme erst liefs erkennen, dafs der fünfte Lendenwirbel vollständig gespalten ist, und der vierte im unteren Teile seines Bogens wahrscheinlich ebenfalls. *F. Hahn-Bremen.*

Die Beseitigung von abnormem Haarwuchs durch eine Verbindung von Röntgenstrahlen und Elektrolyse, von D. WALSH-London. (*Lancet.* 2. Nov. 1901.) Verfasser empfiehlt, die Behandlung in der Weise vorzunehmen, dafs zunächst das zu behandelnde Gebiet in der gewöhnlichen Weise mit X-Strahlen bearbeitet wird, und dann etwa 8—10 Tage später die gelockerten Haare mit der Pinzette herausgezogen und die betreffenden Follikel alsdann mit der elektrolytischen Nadel verödet werden. Manchmal ist ein zweimaliges Exponieren mit den Röntgenstrahlen nötig, um die Haare zu lockern. Die Erfolge sollen ermutigend sein

Philippi-Bad Salzschlirf.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Die Histologie des Harntractus in ihrer Beziehung zu krankhaften Ablagerungen im Urin, von G. L. EASTES. (*Brit. med. Journ.* 2. März 1901.) Der Verfasser will die Diagnose der Erkrankungen des Harntractus aus den mikroskopischen Befunden im Urin erleichtern und erörtert deshalb zunächst die normale, später die pathologische Histologie der Harnwege, insbesondere deren Epithelauskleidung. Die im Harn auftretenden organischen und anorganischen Elemente bei Nephritis, Nierenkrebs, Steinbildung, bei Erkrankungen der Blase und Urethra werden ausführlich beschrieben. *C. Berliner-Aachen.*

Über Meningitis tuberkulosa bei Tuberkulose des männlichen Genitalapparates, von M. SIMMONDS-Hamburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 19.) Der Verfasser hat schon vor 15 Jahren auf das überraschend häufige Zusammentreffen von tuberkulöser Meningitis mit Genitaltuberkulose beim Manne, speziell mit käsigen Prozessen in Prostata und Samenblasen hingewiesen. In den letzten 5 Jahren fand er bei 16 unter 85 an Gehirnhauttuberkulose verstorbenen Männern eine ältere tuberkulöse Erkrankung der Geschlechtsorgane, während sonst bei phthisischen Männern in kaum 10% der Fälle Genitaltuberkulose angetroffen wird. Dieses häufige Zusammentreffen von Meningitis tuberculosa und Genitaltuberkulose, das nur bei Individuen jenseits der Pubertät, nicht aber bei Kindern beobachtet wird, ist vielleicht so zu erklären, dafs die durch sexuellen Verkehr erhöhte Kongestion der erkrankten Genitalien eine Verschleppung der pathogenen Keime erleichtert. — In manchen Fällen zweifelhafter akuter Hirnerkrankungen bei Männern wird der Nachweis einer Nebenhoden- oder Samenblasentuberkulose auf Grund der angeführten Thatsache einen wertvollen Anhaltspunkt für die Diagnose bieten. *Götz-München.*

Asepsis und Antisepsis in der Urologie, von LUDWIG STEIN. (*Wien. med. Wochenschr.* 1901. No. 19.) Die Asepsis resp. Antisepsis bei der Handhabung uro-

logischer Instrumente hat sich zu erstrecken: 1. auf den die Einführung der Instrumente Ausübenden; 2. auf das Instrument selbst; 3. auf den ganzen Weg, den das Instrument zurücklegt. — In erster Linie handelt es sich um eine energische Desinfektion der Hände. Sehr vorteilhaft ist der Gebrauch sterilisierbarer Gummihandschuhe. — Von den chemischen Desinfektionsmitteln der Instrumente hat sich in der Poliklinik des Prof. v. Frisch die 1‰ Sublimatlösung sehr bewährt. Vor der Anwendung wird dieselbe durch sterilen Tupfer oder durch Eintauchen in steriles Wasser entfernt. Die Instrumente vertragen die Sublimatlösung sehr gut. — Die Formalindesinfektion in den Katzensteinschen Apparaten ist umständlich; nur für Cystoskope wird Formalin verwendet, und zwar indem dieselben in mit Trioxymethylentabletten versehene Gefäfse gelegt werden. — Durch Erhitzen über der Spiritusflamme kann man einfache, stumpfe Metallinstrumente sterilisieren. Das Auskochen vertragen aufser diesen auch die Nelatons, nicht die aus Seidengewebe hergestellten, mit einem Lacküberzug versehenen Instrumente. Heifse Luft erfordert besondere Apparate und greift elastische Instrumente an. Wasserdampf ist hier brauchbar; die Kuttnerschen Apparate erfüllen alle Anforderungen. — Zum Schlüpfrigmachen wird durch Kochen sterilisiertes Vaselin, steriles Öl, steriles Glycerin genommen. — Einer gründlichen Reinigung bedarf das Orificium externum urethrae. Die Urethra mufs ordentlich ausgespült werden. — Nach Entfernung des Instruments werden 20,0—30,0 einer 2%igen Lapislösung in die Blase injiziert, aber gleich wieder herausgelassen. — Sorgsam zu sterilisieren sind alle angewendeten Spritzen, wie alle in die Blase gebrachten Lösungen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Verschiedenes.

Mit Rücksicht darauf, dafs der internationale allgemeine medizinische Kongrefs im Jahre 1903 in Madrid tagen wird, ist der ursprünglich für dasselbe Jahr in Aussicht genommene **internationale dermatologische Kongrefs in Berlin** auf das Jahr 1904 verlegt worden, und zwar wird derselbe im September des Jahres 1904 unter dem Präsidium des Prof. E. Lesser stattfinden. Generalsekretär des Kongresses ist Dr. O. Rosenthal in Berlin.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXXIV. No. 5. 1. März 1902.

Aus der Privatpoliklinik für Hautkrankheiten von Dr. Heuss,
Privatdozent in Zürich.

Beiträge zur Kenntnis der Urticaria pigmentosa.

Von

Leonhard Blumer, Volontär-Assistent.

Zwei Fälle von Urticaria pigmentosa, die ich aus der Praxis von Herrn Dr. Heuss zu beobachten und mikroskopisch zu untersuchen Gelegenheit hatte, veranlafsten die nachfolgende Arbeit.

Die Kenntnis der Urticaria pigmentosa ist jüngeren Datums; die ersten Mitteilungen hierüber wurden im Jahre 1869 gemacht. In den ersten Jahren nach Bekanntwerden dieses Hautleidens flossen die Publikationen von weiteren Fällen nur sehr spärlich, erst seit 10—15 Jahren sind sie etwas häufiger geworden. Aber auch heute mufs die Affektion als eine seltene bezeichnet werden: die Gesamtzahl der bis jetzt veröffentlichten Fälle dürfte kaum 100 betragen.

Die Anschauungen über die Pathogenese und Symptomatologie der Urticaria pigmentosa sind noch keineswegs geklärt. In den letzten Jahren hat sogar eine teilweise Verwischung des früher einheitlichen Symptomenkomplexes stattgefunden, indem Fälle einbezogen wurden, die mit der Urticaria pigmentosa wohl einige Merkmale gemeinsam hatten, in anderen Punkten aber grofse Unterschiede zeigten. Daraus ergiebt sich ohne weiteres, dafs die Veröffentlichung aller zur Beobachtung kommenden Fälle dringend wünschenswert ist. Die Verarbeitung des Materials hat uns überdies zu einigen Resultaten geführt, welche zur weiteren Aufklärung des interessanten Krankheitsbildes beitragen dürften.

Wir zerlegen unsere Arbeit in fünf Abschnitte. Zuerst werden wir die Pathogenese und Symptomatologie der Affektion besprechen, und zwar in historischer Reihenfolge von den ersten Mitteilungen bis zum gegenwärtigen Stand. Dann folgt die Beschreibung unserer beiden Fälle. Im dritten Abschnitt werden wir an der Hand der Litteratur und der eigenen Beobachtungen das Krankheitsbild der

Urticaria pigmentosa abzugrenzen suchen. Weiterhin sollen die Resultate einiger experimenteller Versuche angeführt werden, Im letzten Abschnitt werden wir unsere Schlufsfolgerungen zusammenstellen.

Herrn Dr. Heuss spreche ich für die Überlassung des Materials, sowie für die vielfache Unterstützung bei der Verarbeitung desselben meinen aufrichtigen Dank aus.

I.

Pathogenese und Symptomatologie.

Zum ersten Mal wurde das Krankheitsbild der Urticaria pigmentosa von Nettleship[1] beschrieben, der darüber folgende Angaben macht. Bei einem zweijährigen Mädchen waren nach Aussage der Mutter drei Monate nach der Geburt an Brust und Bauch Quaddeln aufgetreten, ähnlich denen beim Nesselfieber. Dieselben juckten sehr stark, und als sie sich beruhigt hatten, blieben an deren Stellen braune Flecken zurück. Als Nettleship das Kind sah, waren Hals und Rumpf dicht mit gelb- bis dunkelbraunen Flecken besät. Die Extremitäten waren weniger affiziert; das Gesicht zeigte nur einzelne Efflorescenzen an der Stirnhaargrenze. Die Gröfse der Flecken entsprach ungefähr der eines silbernen Zwanzigpfennigstückes. Einzelne derselben waren etwas prominent. Kratzte Nettleship eine solche Efflorescenz mit dem Fingernagel, so wandelte sie sich wieder in eine Quaddel um. Desgleichen ging die übrige, scheinbar normale Haut in den Quaddelzustand über, wenn sie mechanisch gereizt wurde.

Nettleship nannte dieses klinisch durch disseminierte Quaddelbildung und Pigmentation charakterisierte Krankheitsbild Chronic Urticaria leaving brown stains. Sangster[2] schlug im Jahre 1877 den Namen Urticaria pigmentosa vor, welche Bezeichnung bis heute beibehalten worden ist.

Die ersten histologischen Untersuchungen über die Urticaria pigmentosa stammen ebenfalls von englischen Autoren, von Thin,[3] Colcott Fox,[4] namentlich aber von G. und F. E. Hoggan.[5] Die letzteren reizten bei einem solchen Fall einen Pigmentflecken mechanisch und excidierten dann die so entstandene Quaddel. Es fand sich im Papillarkörper eine dichte Ansammlung von Zellen. Die letzteren waren so zahlreich vorhanden, dafs sie sich gegenseitig abplatteten und daher eine kubische oder zylindrische Gestalt annahmen. Der Zellhaufen reichte einerseits bis an

---

[1] Nettleship. *Brit. med. Journ.* 1869. S. 324.
[2] Sangster, *Transactions of Clinical Society.* 1877. Vol. XI, S. 161.
[3] Thin, *Transactions of Clinical Society.* 1875. Vol. IX, S. 198.
[4] C. Fox, *Medico-Chirurgical Transactions.* 1883. Vol. LXVI.
[5] G. und F. E. Hoggan, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1883. Bd. II, S. 44.

die Epidermis heran; gegen das Corium zu hörte er in einer scharf begrenzten Linie auf. Die Zellen zeigten ferner eine charakteristische Lagerung in parallelen Säulen, die ungefähr senkrecht zur Epidermis gerichtet waren. Die Zellen waren grofs, ödematös, wie G. und F. E. Hoggan meinten. Es führten denn auch diese Autoren den Quaddelzustand auf das intracelluläre Ödem zurück. Das letztere sollte durch den mechanischen Reiz hervorgerufen sein, der vor der Excision ausgeübt worden war. Bezüglich der Herkunft der fraglichen Zellen äufserten sich G. und F. E. Hoggan, dieselben möchten aus weifsen Blutkörperchen hervorgegangen sein, in der Art, dafs

„nach einem ausgeübten Reize die Blutgefäfse und Kapillaren sich erweitert haben und ein schnelles Durchtreten von weifsen Blutkörperchen oder Wanderzellen stattgefunden hat und sogar in dem Mafse, dafs die vorübergehende Geschwulst, welche Quaddel genannt wird, daraus entstanden ist."

Nachdem so Nettleship und Hoggan, sowie verschiedene andere englische Autoren die klinische und histologische Grundlage der Urticaria pigmentosa geschaffen hatten, erfuhr die Kenntnis der Affektion eine mächtige Förderung durch die Untersuchungen von Unna.[6]

Unna wies nach, dafs die in den Papillarkörper eingelagerten Zellen identisch sind mit den Ehrlichschen Mastzellen. Die grofse Menge derselben — sie beherrschen mit fast vollständigem Ausschlufs anderer Zellformen, speziell polynukleärer Leukocyten, beinahe ganz das mikroskopische Bild —, sowie ihre charakteristische Anordnung zu säulenförmigen, vertikal stehenden Haufen, wobei sie sich polyedrisch abplatten, bestimmten Unna, das Wesentliche des Prozesses gerade in dieser Mastzellenansammlung zu erblicken. Er definierte denn auch die Papel der Urticaria pigmentosa als eigentlichen Mastzellentumor und brachte das Krankheitsbild bei seinen Stauungsgeschwülsten unter, Seite an Seite neben dem Angiom, dem Lipom und dem Xanthom.

Unna fand ferner, dafs das lokalisierte Ödem der Quaddel nicht ein intracelluläres ist, wie die Hoggans behaupteten, sondern ein intercelluläres, indem das zwischen den Zellreihen befindliche, spärliche kollagene Bindegewebe der Sitz zahlreicher Lymphspalten ist, die sich beim Eintritt des Quaddelzustandes weit öffnen.

Einen speziell klinisch wertvollen Beitrag zur Kenntnis der Urticaria pigmentosa brachte die im Jahre 1888 erschienene Monographie von Raymond.[7] In derselben ist das kasuistische Material gesammelt und kritisch verarbeitet. Im klinischen Verlaufe des Leidens unterscheidet Raymond drei Perioden:

---

[6] Unna, Beiträge zur Anatomie und Pathogenese der Urticaria simplex und pigmentosa. *Derm. Studien.* 1887. Heft 3.

[7] P. Raymond, L'urticaire pigmentée. O. Doin, Paris 1888.

I. Periode. In verschiedenen Schüben treten immer zahlreichere Quaddeln auf; letztere bestehen einige Zeit, gehen dann zurück und hinterlassen braune Flecken und Knötchen. Die Dauer dieser Periode variiert von einigen Tagen bis zu einem Jahr.

II. Periode. Auf Flecken und Knötchen treten neue Urticariaschübe auf, dagegen nimmt die Zahl der Quaddeln nicht mehr zu. Dauer zwei bis fünf Jahre.

III. Periode. Die Schübe werden seltener, das Leiden geht zurück und endet mit restitutio ad integrum. Die Dauer dieser dritten Periode ist unbegrenzt, jedoch mindestens 4—5 Jahre.

Raymond beschäftigte sich auch eingehend mit der Herkunft und Bedeutung der Mastzellen. Auf Grund von Übergangsstadien zwischen den Bindegewebszellen und den Mastzellen kommt er zu dem Schluſs, daſs die letzteren Abkömmlinge von Bindegewebszellen seien, eine Herkunft, für die in der Folge auch Unna eintrat. Raymond beschreibt die weiteren Degenerationsformen von Mastzellen, die aus einer in Rückbildung begriffenen Efflorescenz stammten.

Durch diese Arbeiten von Nettleship, Hoggan, Unna und Raymond wurde das Krankheitsbild der Urticaria pigmentosa scharf fixiert. Klinisch ist dasselbe charakterisiert durch: 1. Beginn in der frühesten Kindheit, 2. disseminiertes Auftreten von pigmentierten Flecken und Knötchen im Anschluſs an Urticariaquaddeln, 3. auf diese Efflorescenzen lokalisierte urticarielle Reizbarkeit, endlich 4. Ausgang in Heilung, welch letztere häufig gegen das Pubertätsalter eintritt. Das mikroskopische Bild der Urticaria pigmentosa ist gekennzeichnet durch eine ungewöhnlich dichte Anhäufung von Mastzellen im Papillarkörper, den Mastzellentumor, mit gleichzeitiger Pigmentanhäufung in der basalen Stachelschicht. Wanderzellen, speziell polynukleäre Leukocyten fehlen dagegen selbst in den gereizten Flecken.[8]

Schon im Jahre 1882 hat indessen Pick[9] zwei Beobachtungen mitgeteilt, welche mikroskopisch sehr wesentlich von dem soeben geschilderten Befund abweichen. Die histologischen Bilder wiesen nämlich hämorrhagische Herde und Rundzelleninfiltrate auf. Einen ähnlichen Befund hat später Fabry[10] erhoben, doch fanden sich hier auch Mastzellen zwischen den Hämorrhagien. Gegenwärtig werden diese Fälle von Pick und Fabry mit Recht von der Urticaria pigmentosa abgetrennt.

Andere Beobachter fanden bei ihren Fällen gegenüber dem Unna-Raymondschen Symptomenkomplex Abweichungen sowohl hinsichtlich des Beginnes der Affektion, als auch hinsichtlich der Menge der Mastzellen.

[8] Unna, Histopathologie. S. 966 ff.
[9] *Prager med. Wochenschr.* 15. April 1881.
[10] Verhandl. der deutschen dermatol. Gesellsch. IV. Kongr. 1894. S. 376.

Einerseits sind Fälle beschrieben, bei denen die ersten Krankheitserscheinungen nicht in der Kindheit, sondern im spätern Alter auftraten und wo gleichzeitig eine so enorme Mastzellenansammlung, Unnas Mastzellentumor, vermißt wurde. Einzelne Autoren (Raymond, Dubois-Havenith, Quinquaud, Joseph, in den letzten Jahren besonders Róna) haben vorgeschlagen, derartige Fälle von der Urticaria pigmentosa abzutrennen und als Urticaria mit Pigmentbildung (Róna,[11] Raymond,[12] Dubois-Havenith[13]), als Maladie urticante pigmentée (Quinquaud[14]), als Urticaria perstans pigmentosa (Joseph[15]) zu bezeichnen. Andere Beobachter machen eine derartige Trennung nicht, sondern zählen auch die letztgenannten Fälle zur Urticaria pigmentosa.

Andererseits haben Jadassohn[16] und Doutrelepont[17] Fälle veröffentlicht, bei denen zwar der Beginn in die früheste Kindheit zurückdatierte, die Mastzellen jedoch nur disseminiert und relativ spärlich sich vorfanden. Solche Fälle nehmen also gewissermaßen eine Mittelstellung ein zwischen dem Unna-Raymondschen Krankheitsbild und jenem von Róna, Quinquaud u. a. Hinsichtlich des Beginnes stimmen sie mit ersterem überein, hinsichtlich der Mastzellenbefunde mit letzterem.

Aus dieser historischen Übersicht ersehen wir, daß einzelne, von den früheren Autoren angegebene Charakteristika, so der frühzeitige Beginn des Leidens und die Mastzellenansammlung in der Folge als für das Bild der Urticaria pigmentosa ziemlich irrelevant angesehen wurden. Dem Mastzellentumor, wie den Mastzellen überhaupt, wurde von einigen Autoren die Spezifität für die Urticaria pigmentosa ganz abgesprochen (Doutrelepont,[18] Neisser[19]).

Solche Schwankungen in der Auffassung und Deutung der verschiedenen Befunde hat die Urticaria pigmentosa mit manchen anderen Hautaffektionen gemeinsam; wir nennen Ekzem, Pemphigus, Lichen. Die Ursache hierfür liegt wesentlich in dem Umstande, daß bei Vermehrung der Kasuistik neben klinisch und histologisch völlig eindeutigen Fällen auch unklare, oft gar nicht dazu gehörende Bilder in den Krankheitsrahmen eingezwängt werden, wodurch der Symptomenkomplex immer unklarer und verschwommener wird.

---

[11] Róna, *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 40, S. 18.
[12] Raymond, l'urticaire pigmente. O. Doin, Paris.
[13] Dubois-Havenith, Verhandl. der deutschen dermatol. Gesellschaft. I. Kongr.
[14] Quinquaud, *Ann. de Derm. et de Syph.* 1893. S. 859.
[15] Joseph, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1897. S. 158.
[16] Jadassohn, Verhandl. der deutschen dermatol. Ges. IV. Kongr. 1894. S. 380.
[17] Doutrelepont, *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 22, S. 311.
[18] *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1889. S. 372.
[19] Verhandl. der deutschen dermatol. Gesellschaft. I. Kongr. 1889.

II.

Eigene Beobachtungen.

Fall I. H. W., 40jährig. Der kräftig gebaute, durch das Leiden nicht im mindesten belästigte Mann mufste, da er sich um eine Stelle als Bahnwärter bewarb, ein ärztliches Zeugnis beibringen und wurde vom betreffenden Arzt wegen einer „unbekannten Fleckenkrankheit" Herrn Dr. Heuss überwiesen.

Status praesens: Brust, Bauch und Rücken, am stärksten der Bauch, sind mit unzähligen braunen Flecken besät. Die Arme sind weniger stark befallen, das Gesicht zeigt nur vereinzelte Flecken an der Stirnhaargrenze. Palmae, plantae und Schleimhäute sind intakt. Nirgends zeigen die Efflorescenzen eine bestimmte Anordnung zu einander oder zu den anatomischen Verhältnissen der Haut. Sie sind gut abgegrenzt, ihre Gröfse variiert von der eines Stecknadelkopfes bis zu der einer Linse, ihre Farbe vom schmutzigrot zur Kupferfarbe. Die Konsistenz derselben ist weicher, als die der übrigen Haut, sie fühlen sich sammetartig an. Viele Flecken sind etwas über das Hautniveau flach erhaben. Ihre Oberfläche ist glatt, nicht schuppend, Oberhautfelderung erhalten. Auf Druck mit einem Objektträger schwindet die Farbe der Efflorescenzen nicht vollständig; es bleibt eine ziemlich scharf begrenzte, hellbräunliche Verfärbung zurück.

Spontane Urticariaschübe traten seit vielen Jahren nicht mehr auf. Reibt man dagegen einen mit diesen Flecken besetzten Hautbezirk mit einem Tuch, so stellt sich unter leichtem Jucken augenblicklich eine diffuse, starke Hyperämie ein. Die Papeln, von denen vorher nur einzelne leicht erhaben waren, springen nach 1—3 Minuten zunächst jede für sich sehr deutlich vor. Sie werden gleichzeitig heller rot, als der hyperämische Grund; endlich nehmen sie die anämische Wachsfarbe der gewöhnlichen Quaddeln an. Nach 8—10 Minuten sind die höchstens linsengrofsen Quaddeln zu gröfseren und entsprechend weniger zahlreichen Quaddeln konfluiert, deren Durchmesser bis zu $1^1/_2$ cm betragen kann. Es irradiiert also das lokale Ödem der Efflorescenzen allmählich auf die benachbarte gesunde Haut, ohne dafs man von einer richtigen Urticaria factitia dieser letzteren sprechen könnte. Nach 25—40 Minuten läfst die Turgescenz der Quaddeln nach, es beginnt; die Rückbildung derselben, doch ist der Quaddelzustand der Efflorescenzen eine Stunde nach Beginn des Experimentes noch nicht ganz erloschen.

Das Streichen mit einem harten Gegenstand (Bleistift), ergiebt eine sehr gesteigerte vasomotorische Reizbarkeit der ganzen Haut, besonders aber derjenigen des Rumpfes. Das Strichphänomen in Form eines hyperämischen Streifens folgt momentan dem mechanischen Reiz und dauert über eine Stunde.

Patient hat nebenbei einen Lichen pilaris auf Brust, Oberarm und Rücken, sowie seborrhoische Warzen am Rücken. Auffallend und ein weiteres Zeichen der abnormen Reizbarkeit der Haut ist, dafs sofort eine sehr deutliche Cutis anserina entsteht, sobald man mit dem Finger über eine Hautstelle streicht. Es treten alsdann kaum stecknadelkopfgrofse Höckerchen auf, mit je einem Haar auf der Spitze. Die anämisch-blasse Farbe derselben markiert sie besonders deutlich auf dem hyperämischen, bezw. urticariellen Grunde.

Patient schwitzt sehr leicht, schon bei geringen Anstrengungen. Er ist ferner empfindlich gegen Kälte.

Die Farbe der Haare ist braun bis schwarz. Innere Organe sind normal, insbesondere ist Tuberkulose auszuschliefsen. Störungen des Allgemeinbefindens sind

nicht vorhanden, speziell bestehen keine Störungen von Seite des Magendarmkanals. Der Urin ist normal.

Anamnese: Das Leiden besteht seit der frühesten Kindheit. Bis etwa zum zehnten Altersjahre wurde der Patient häufig von starkem Jucken geplagt. Von da an nahmen die Beschwerden ab; an heifsen Sommertagen trat allerdings auch später in mäfsiger Juckreiz ab und zu wieder auf. Seit 10—15 Jahren sind die subjektiven Beschwerden ganz geschwunden, und es fühlt sich der Patient zur Zeit nicht im mindesten durch das Leiden belästigt. Seit vielen Jahren soll der „Ausschlag" weder zu- noch abgenommen haben.

Die Familienanamnese liefert nichts besonderes; Eltern und Geschwister sind frei von Hautkrankheiten.

Zur mikroskopischen Untersuchung wurde auf der rechten Bauchseite in Nabelhöhe ein Hautstück mit zwei kaum linsengrofsen, leicht erhabenen Efflorescenzen von gelbbrauner Farbe excidiert. Die Excision geschah ohne Lokalanästhesie. Das Stück wurde in Alkohol von steigender Konzentration gehärtet, in Celloidin eingebettet und in Schnitte von 10—15 Mikra zerlegt. Färbung der Schnitte mit polychromem Methylenblau, Hämatoxylin, nach VAN GIESON, mit Orcein und EHRLICHS Triacidlösung.[20]

Die mikroskopische Untersuchung ergab folgendes:

Schon mit bloßem Auge kann man an den mit polychromem Methylenblau gefärbten Schnitten unter dem Epitel eine intensiv rotviolett gefärbte, uhrglasförmige Stelle erkennen, die am unzerlegten Präparat einem Knötchen entsprochen hat. Bei schwacher Vergrößerung erweist sich dieser Flecken zusammengesetzt aus intensiv rotviolett gefärbten, kompakt gelagerten Mastzellen, die sich vom übrigen, zellarmen Gewebe scharf abheben. Dieser Haufen ist gegen die Cutis zu entsprechend dem Verlauf des horizontalen Gefäfsnetzes scharf abgegrenzt, nach oben zu durch einen schwachen zellfreien Saum Papillarschicht vom Epitel getrennt. Die Zellen zeigen — bei starker Vergrößerung — den typischen Habitus der Mastzellen, sind verhältnismäfsig klein, rundlich, dicht aneinandergedrängt, oft sich gegenseitig polyedrisch abplattend. Entsprechend dem Verlauf der Gefäfse sind sie in senkrechten Säulen angeordnet. Die Zwischenräume zwischen den Säulen sind gleichfalls durch Mastzellen angefüllt; dieselben zeigen etwas unregelmäfsigere Form.

Neben den das ganze Gesichtsfeld beherrschenden Mastzellen sind auch Bindegewebszellen von normalem Habitus zu finden, ferner spärliche Zellen, welche als Übergangsformen zwischen Bindegewebszellen und Mastzellen anzusehen sind. So konstatiert man besonders an der oberen

---

[20] Zum Nachweise der Mastzellen hat sich uns als am einfachsten und zuverlässigsten die von UNNA angegebene Färbungsmethode mit polychromem Methylenblau und nachherige Entfärbung mit Glycerinäther bewährt (*Monatsh. f prakt. Derm.* 1894. Bd. 19, S. 367). Die Mastzellenkörner werden rotviolett, die Kerne und das übrige Gewebe hellblau.

Begrenzung des Zellhaufens, gegen das Epitel zu, rundliche Zellen mit grofsem chromatinreichem Kern und homogenem, d. h. körnerfreiem, aber stärker tingiertem Protoplasma, das rotviolette Färbung zeigt; dann wieder Zellen mit gekörntem, aber in der Farbe dunkelblauem Plasma u. s. w.

Spärlich, jedenfalls nicht vermehrt, findet man in der Cutis gelbes, grobkörniges Pigment, teils intra- teils extracellulär. Die Gefäfse zeigen sich nicht erweitert, sie sind bis auf die sie einscheidenden Mastzellen vollständig intakt. Desgleichen die Lymphspalten. Das elastische Gewebe ist gut erhalten, die einzelnen Fasern sind durch die Mastzellen auseinandergedrängt. Nirgends Plasmazellen, auch keine polynukleären Leukocyten, dagegen vereinzelte Lymphocyten, hier und dort um die Gefäfse gelagert.

Das Epitel zeigt in den untersten Schichten eine mäfsige, intracelluläre Ansammlung von schwarzbraunem, feinkörnigem Pigment in distaler Anordnung. Über den dichteren Mastzellenansammlungen sind die Epitelfortsätze verkürzt oder zu welligen Linien ausgezogen. Im übrigen keine Veränderungen.

Fall II. Jungfrau M. K., 30 Jahre alt.

Status praesens: Der Rumpf, beide Handrücken und Vorderarme, sowie die Dorsalflächen der Füfse sind mit einer sehr grofsen Anzahl gelbbrauner bis dunkelbrauner Flecken und Knötchen besät. Am dichtesten stehen dieselben an den Beugeflächen der Vorderarme. Die Oberarme und Oberschenkel sind nur wenig befallen, das Gesicht ist ganz frei. Die Gröfse der Efflorescenzen variiert von der eines Stecknadelkopfes bis zu der einer Linse. Die gröfsten derselben sind etwas prominent. Sie sind scharf begrenzt, Oberhautfelderung gut erhalten, keine Schuppenbildung. Auf Glasdruck verschwindet die Farbe der Efflorescenzen fast vollständig, es bleibt aber immer eine leicht gelbbraune Verfärbung zurück.

Die Patientin giebt an, dafs sich in den von den Papeln befallenen Hautstellen in unregelmäfsigen Intervallen ein mäfsiger Juckreiz einstellt. Besonders in den Armen hat alsdann die Patientin das Gefühl, als ob sie mit denselben in einem Haufen Brennesseln gelegen habe. Die Flecken werden viel deutlicher, indem sie sich quaddelartig abheben und dunklere Farbe annehmen. Die übrige Haut wird stark hyperämisch. Nach 10 Minuten nimmt der Juckreiz ab und 20 Minuten nach Beginn des Schubes verspürt die Patientin keine subjektiven Beschwerden mehr, während die Efflorescenzen erst nach etwa einer Stunde wieder in den Zustand zurückgekehrt sind, den sie vor dem Schub inne hatten. Bald treten die Spontaneruptionen täglich mehrmals ein, bald vergehen Tage oder Wochen bis zum nächstfolgenden Anfall. Eine direkte Ursache für das Auftreten der Schübe läfst sich meist nicht angeben. Einflufs haben Temperaturschwankungen, besonders der rasche Übergang von kühler zu warmer Temperatur. Gemütsaffekte, vor allem Ärger, wirken gleichfalls ungünstig auf das Leiden; nicht dagegen Menses, Magenstörungen und andere Gelegenheitsursachen der gewöhnlichen Urticaria. Das gleiche Phänomen wie bei dem spontanen Anfall läfst sich experimentell erzeugen durch mäfsiges Reiben der Efflorescenzen mit einer Fingerkuppe oder mit einem rauhen Tuch. Zuerst tritt gleichmäfsige Hyperämie der ganzen geriebenen Hautstelle ein. Dann wandeln sich die Papeln zu

Quaddeln um. Die letzteren sind 15 Minuten nach Beginn des Experimentes am deutlichsten. Von dieser Zeit an bilden sie sich langsam zurück, und nach einer Stunde sind keine Quaddeln mehr wahrzunehmen. Die zwischen den Efflorescenzen gelegene Haut behält ihren hyperämischen Zustand ebenfalls ungefähr eine Stunde bei, dagegen zeigt sie keine Urticaria factitia.

Die Untersuchung der inneren Organe ergiebt nichts abnormes, Magen und Darm in Ordnung, Urin normal.

Anamnese. Begonnen hat das Leiden ohne nachweisbare Ursache ungefähr im 16. Lebensjahre. Ein Zusammenhang des Beginnes mit dem ersten Auftreten der Menses läfst sich nicht eruieren; die letzteren bestehen schon seit dem 13. Jahre, sind regelmäfsig, ohne Beschwerden. Zuerst stellten sich Quaddeln am Rumpf und an den Vorderarmen ein; diese gingen mit Hinterlassung brauner Flecken zurück. Mit den sehr häufig wiederkehrenden Schüben nahm die Zahl der Efflorescenzen langsam zu. Die unteren Extremitäten waren bis vor zwei Jahren noch ganz frei von Papeln.

Die Patientin war nie krank. Auch jetzt fühlt sie sich vollständig wohl bis auf den ziemlich oft sich einstellenden, Juckreiz. Es hat denn auch die Patientin hauptsächlich aus kosmetischen Rücksichten den Arzt aufgesucht; sie wollte den von häfslichen roten Flecken, speziell der Arme und Hände, befreit sein.

Zur mikroskopischen Untersuchung wurde ohne Lokalanästhesie an der Beugeseite des linken Vorderarms durch Aufheben einer Hautfalte ein linsengrofses, schwach rotbraunes, leicht erhabenes Knötchen mit der gesunden Umgebung excidiert. Die Herstellung und Färbung der Schnitte geschah in derselben Weise wie im Fall I.

Die histologischen Veränderungen sind überaus geringfügiger Natur. Sie beschränken sich, wie schon eine schwache Vergröfserung ergiebt, auf vermehrte Pigmentanhäufung in den untersten Epidermislagen und mäfsigen Zellreichtum speziell in der Papillarschicht. Das Pigment zeigt sich in der Epidermis auf die Zellen der Keimschicht beschränkt, angehäuft am distalen Ende der Zellen in Form feiner, schwarzbrauner Körnchen. Am reichlichsten ist das Pigment am Grunde der Epitelzapfen. Die Zellinfiltration in der Papillarschicht ist am ausgesprochensten längs den Blutgefäfsen, speziell an deren Teilungsstellen und um die Haarbälge herum. Die Gefäfse, wie auch die Lymphspalten, sind nicht erweitert, die Gefäfswände etwas verdickt infolge mäfsiger Zellvermehrung der Intima und besonders der Adventitia. Die Zellanhäufungen bestehen aus kleinen, einkernigen Rundzellen. Zwischen und nach aufsen von diesen Zellen, den Gefäfsen hie und da parallel gelagert, finden sich Mastzellen von typischem Aussehen, im ganzen klein, mit spärlichen Ausläufern. An manchen Stellen kommen sie ziemlich reichlich vor, speziell in den oberen Lagen der Papillarschicht. An anderen Partien sind sie nur ganz vereinzelt zwischen die Bindegewebsbündel eingesprengt. Nirgends trifft man sie so reichlich, dafs man von „sehr vielen" Mastzellen oder gar von einem Mastzellentumor sprechen könnte. In Cutis

und Papillarschicht liegen intra- und extrazellulär spärliche, grobkörnige Pigmentschollen. Das elastische Fasernetz zeigt in seinem Verhalten nichts abnormes.

Epikrise: Von unseren beiden Beobachtungen ist der Fall I der Typus einer Urticaria pigmentosa im Sinne von UNNA, typisch im klinischen Bild, typisch im histologischen Aufbau. Nur durch das Alter differiert er mit den Angaben von UNNA und anderen Autoren. Nach diesen ist die Urticaria pigmentosa eine echte Kinderkrankheit und heilt um die Pubertät meist aus. Die Durchsicht der Litteratur ergab denn auch, dafs unser Fall mit seinen 40 Jahren vereinzelt dasteht. Am nächsten im Alter kommt ihm ein Fall, den BÄUMER[21] mitteilte, und wo es sich um einen 20jährigen Bäcker handelte. Alle anderen Publikationen von Urticaria pigmentosa, bei denen der Mastzellentumor gefunden wurde, betreffen Kinder. Der Beginn der Affektion mufs aber, nach den ausdrücklichen Angaben des Patienten, auch in unserem Fall in die früheste Kindheit zurückdatiert werden. Derselbe weicht also nicht durch den zeitlichen Beginn von den übrigen Fällen ab, sondern durch die lange Dauer des Leidens, beziehungsweise einzelner Krankheitserscheinungen.

Auffallend ist das Mifsverhältnis zwischen der Intensität des histologischen und klinischen Bildes einerseits und den minimalen, respektive fehlenden subjektiven Beschwerden andererseits. Histologisch ein ausgeprägter Mastzellentumor und Pigmentvermehrung, welch letztere das gefleckte Aussehen der Haut verursacht und, sehen wir vom chronischen Bestand und der urticariellen Reizbarkeit der Efflorescenzen ab, ganz ein makulo-papulöses Syphilid vortäuscht; subjektiv dagegen seit mindestens zehn Jahren nicht die geringsten Beschwerden.

Nach den klinischen Symptomen, — persistierende, rotbraune Flecken, die sich spontan und auf mechanischen Reiz zu Quaddeln umwandeln, — mufs auch im Falle II die Diagnose Urticaria pigmentosa gestellt werden. Der späte Beginn des Leidens zusammen mit dem histologischen Befund, den spärlichen Mastzellen, weisen aber denselben jenem Symptomenkomplex der Urticaria mit Pigmentbildung zu, der nach einigen Autoren von der Urticaria pigmentosa abzutrennen und als selbständige Affektion aufzufassen ist.

Vergleichen wir unsere beiden Beobachtungen miteinander, so fällt uns besonders auf, wie bei der fast vollständigen makroskopischen Übereinstimmung die mikroskopischen Befunde so vollständig different sind. Aus dieser grofsen Verschiedenheit im histologischen Aufbau — Mastzellentumor im Fall I, disseminierte und spärliche Mastzellen im

---

[21] BÄUMER, *Archiv.* Band 34, S. 323.

Fall II — folgt, dafs die Mastzellenansammlung nicht so bestimmend sein kann für den klinischen Charakter, wie einzelne frühere Beobachter derselben zuschreiben. Einmal kann die Pigmentation der Flecken, das „gescheckte" Aussehen, nicht durch eine „Eigenfarbe der Mastzellen" bedingt sein, wie RAYMOND zu glauben geneigt ist, sondern sie beruht einzig und allein auf der auch in unseren beiden Fällen konstatierten Pigmentablagerung. Zweitens kann das auf die Flecken lokalisierte urticarielle Phänomen nicht auf die Anwesenheit der Mastzellen, beziehungsweise deren An- und Abschwellen zurückzuführen sein, wie G. und F. E. HOGGAN meinten, sondern es mufs sich der Vorgang aufserhalb der Mastzellen und unabhängig von diesen abspielen.

Wenn es gestattet ist, aus dem physikalischen Verhalten der Elementarläsion einen Rückschlufs auf die Beschaffenheit der einzelnen, sie zusammensetzenden Zellen zu ziehen, so dürfen wir, gestützt auf unseren Fall I mit seinen sammetartig sich anfühlenden Efflorescenzen annehmen, dafs die Mastzellen von sehr weicher, vielleicht schleimartig elastischer Konsistenz sein müssen. So wird ja auch umgekehrt die derbere Konsistenz des Epitelialkarzinoms zum Teil wenigstens durch die gröfsere Resistenz der Epitelzellen bedingt.

III.

Abgrenzung der Urticaria pigmentosa.

Die Übereinstimmungen, welche unsere beiden Fälle in einer Reihe von Punkten miteinander zeigen, haben uns die Frage nahegelegt, ob die im I. Abschnitt geschilderten Krankheitsbilder, — 1. die Urticaria pigmentosa im Sinne von UNNA, 2. die Urticaria mit Pigmentbildung im Sinne von RÓNA, und 3. jene Fälle von Urticaria pigmentosa, welche von JADASSOHN und DOUTRELEPONT mitgeteilt wurden, — einheitlich zusammengehören, eine „entité morbide" bilden, oder ob wir es dabei mit verschiedenen, wenn auch vielleicht einander nahestehenden Affektionen zu thun haben. Mit dieser Frage der Zusammengehörigkeit, beziehungsweise Verschiedenheit der oben erwähnten Krankheitsformen wollen wir uns im folgenden beschäftigen. Wir werden zunächst die klinischen Bilder einer Besprechung unterziehen und dann die histologischen Verhältnisse berücksichtigen.

a) Verhalten der klinischen Bilder.

Wir gehen von unseren beiden Beobachtungen aus und konstatieren, dafs die klinischen Bilder fast vollständig miteinander übereinstimmen. Insbesondere verhält sich das charakteristischeste Symptom, die lokalisierte urticarielle Reizbarkeit, bei beiden Fällen gleich.

Ein Unterschied besteht hinsichtlich der Lokalisation der Efflorescenzen, indem im Fall I hauptsächlich Brust, Bauch und Rücken, im

Fall II, besonders die Hände und Vorderarme befallen sind. Ferner bestehen im Fall II im dreifsigsten Lebensjahr noch spontane urticarielle Eruptionen, während solche im Fall I etwa im zehnten Jahr aufhörten.

Diese Unterschiede sind aber keineswegs charakteristisch für die Urticaria pigmentosa, oder die Urticaria mit Pigmentbildung, sondern sie sind dadurch bedingt, dafs einzelne klinische Symptome innerhalb weiter Grenzen variieren können. Das letztere ergiebt sich ohne weiteres, wenn wir einige hiehergehörende Fälle mit einander vergleichen. Wir wollen zu diesem Zwecke die Angaben zitieren, welche UNNA, BÄUMER, RÓNA und JADASSOHN über ihre einschlägigen Fälle gemacht haben.

UNNA[22] beschreibt das klinische Bild seines Falles folgendermafsen:

„Der zweijährige, kräftig entwickelte Knabe H. M. leidet an einer Hauterkrankung, welche im dritten Lebensmonat aufgetreten ist. Es entstanden damals am ganzen Rumpf und vereinzelt auf den Extremitäten grofse, rote Quaddeln, welche stark juckten, sich nach einigen Tagen abflachten und allmählich braun verfärbten. — An der Haut des Rumpfes, besonders des Rückens, sodann des Halses, weniger der Arme und Beine zeigen sich in grofsen Zwischenräumen gegen 40 braune Flecken von 1—2 cm Durchmesser, die nicht sehr scharf gegen die gesunde, weifse Haut abgesetzt sind und wo sie dichter gedrängt stehen, auch zusammenfliefsen. Die Flecken sind sämtlich etwas erhaben, indem sie von der Peripherie nach der Mitte sanft ansteigen. Sie fühlen sich samtartig, weicher als die gesunde Nachbarschaft, an. — Sowie man diese Papeln durch einen Schlag oder derben Strich reizt, schwellen sie stark an, werden glatt und glänzend. — Es besteht mithin eine auf das Gebiet der braunen Flecken beschränkte Urticaria factitia, während eine solche auf der zwischenliegenden, gesunden Haut durchaus nicht zu konstatieren ist. — Durch psychische Reize, z. B. beim ärgerlichen Schreien des Kindes, kann ebenfalls eine Schwellung vieler oder sämtlicher Stellen hervorgerufen werden. — Endlich treten hin und wieder, anscheinend spontan, Anfälle auf, in denen die Papeln zu Quaddeln anschwellen und stark jucken."

BÄUMER[23] macht über seinen Fall von Urticaria pigmentosa folgende klinische Angaben:

„Patient ist der 20jährige Bäcker Paul E. Die Hautaffektion begann in seiner frühesten Kindheit mit dem Auftreten braunroter Flecken an Rumpf, Extremitäten und im Gesicht. Verschont blieben Handteller und Fufssohlen. — Die Flecke zeigten bei Temperaturveränderungen, besonders bei niederer Temperatur, tiefere Rötung und bilden zuweilen stärkere Erhebungen über das Niveau der umgebenden Haut. Erst im zwölften Jahre will Patient an den Stellen Jucken und Brennen bemerkt haben, welches besonders bei Kälteeinwirkung, in geringerem Grade auch bei höherer Temperatur eintrat. — Status: An Rumpf und Extremitäten finden sich zahlreiche linsengrofse, zum Teil leicht erhabene Flecke von brauner und blauroter Farbe. An den Extremitäten sind die Flecke teilweise konfluiert. Beim Reiben, Kratzen und auch bei Schweifsausbruch tritt eine Anschwellung der Flecke auf, wobei die rote Farbe derselben dunkler wird. Im Bereich der Flecken besteht bei genügend starker Reizung Urticaria factitia. —"

---

[22] UNNA, Beiträge zur Anatomie und Pathogenese der Urticaria simplex und pigmentosa. *Derm. Studien.* 1887. Heft 3.

[23] *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. 34, S. 329.

Die Mitteilungen von RÓNA[24] beziehen sich auf einen als Urticaria mit Pigmentbildung publizierten Fall. Er schreibt:

„Es handelt sich um einen 25jährigen Mann, bei dem das Leiden vor sieben Jahren begonnen hat. — Status praesens: Es wechseln dunkelbraun pigmentierte Flecke mit der gesunden, normalen Haut in starker Kontrastwirkung ab. Die Flecke sind über den ganzen Körper verbreitet, am stärksten scheinen sie auf dem Rumpf und auf der oberen Extremität vorhanden zu sein, doch sind die unteren Extremitäten auch nicht verschont. Ganz frei ist nur der Kopf. Die einzelnen Efflorescenzen haben ganz verschiedene Größe, die kleinsten sind etwa markstückgroß; doch sieht man am Rücken zwei Flecke und dann am Unterschenkel einen, die etwa die Größe eines Fünfmarkstückes erreichen. — Wenn man die pigmentierten Flecken stark klopfte, so trat an diesen Stellen eine quaddelartige Erhebung hervor. — An den gesunden Stellen konnte man auch eine Urticaria factitia erzeugen. Besonders schön aber trat eine spontane Quaddelbildung auf und zwar namentlich an den pigmentierten Stellen, wenn Patient sich in einer warmen Temperatur befand oder stark schwitzte."

Zum Schluß noch einige klinische Angaben über jenen von JADASSOHN[25] beobachteten Fall, der bei Beginn in der frühesten Kindheit mikroskopisch disseminierte Mastzellen aufwies, also ein Analogon bildet zu dem bereits früher von DOUTRELEPONT[26] publizierten Fall. JADASSOHN schreibt:

„Patient ist jetzt 17 Jahre alt. Am dritten Tag nach der Geburt hat der Patient einen Ausschlag bekommen, den die Hebamme als Schälblattern bezeichnete. — Der Ausschlag hat sich in den ersten sechs Wochen nach der Geburt täglich an einigen Stellen von neuem gezeigt. — Noch bis zum Ende des dritten Jahres hat ein starker Juckreiz bestanden. Vom vierten Lebensjahre ab hat das Kind nie mehr Beschwerden vom Jucken gehabt. — Sie sehen an Rücken, Bauch und Hals des Patienten eine mäßige Zahl diffus verteilter, hellgelber bis hellbrauner, nur zum kleineren Teil leicht erhabener Flecke von unregelmäßiger Form, von Stecknadelkopf- bis Linsengröße, welche auf den ersten Blick als unbedeutende Naevi imponieren. Wenn man diese Stellen reizt, indem man die Haut reibt, oder indem man über sie mit einem stumpfen Gegenstand wegstreicht, so erheben sie sich alsbald und bilden typische, stark hervorragende Quaddeln, während die umgebende Haut nur rot wird oder bei ganz starkem Reiben minimal anschwillt. —"

Diese wenigen Beispiele zusammen mit unseren beiden Fällen lassen in der That eine auffallende Mannigfaltigkeit einzelner klinischer Symptome erkennen. Die größten Schwankungen bestehen hinsichtlich der Zahl, Form und Größe der Efflorescenzen. Im Fall UNNA waren im ganzen kaum 40 Flecken wahrzunehmen. Dieselben besaßen 1—2 cm Durchmesser, waren von rundlicher Form, leicht erhaben und flossen stellenweise zusammen. Der von BAUMER mitgeteilte Fall zeigte zahlreiche, meist linsengroße Efflorescenzen, die an den Extremitäten ebenfalls konfluierten. RÓNA schreibt, daß die kleinsten Flecken seines Falles markstückgroß waren, einige wenige erreichten die Ausdehnung eines

[24] RÓNA, *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. 40, S. 18.
[25] l. c. S. 380.
[26] l. c. S. 311.

Fünfmarkstückes. Über die Menge von Efflorescenzen fehlen hier Angaben. Der Fall JADASSOHN zeigte eine mäfsige Anzahl unregelmäfsig geformter Flecken. Im Gegensatz zu der beträchtlichen Gröfse in den vorerwähnten Fällen erreichten sie hier nur stecknadelkopf- bis linsengröfse. Unsere beiden Fälle endlich stimmen in Form und Gröfse der Flecken mit den Angaben von JADASSOHN überein, dagegen ist die Menge derselben eine bedeutend gröfsere. Thatsächlich ist bei unserem Fall I an Brust, Bauch und Rücken, sowie an den Oberarmen und Oberschenkeln kaum ein handtellergrofser Hautbezirk zu finden, der ganz frei von Efflorescenzen ist. Dabei stehen sie an einigen Stellen dicht gedrängt, so besonders am Bauch.

Es variert ferner die Farbe der Efflorescenzen. Bald werden dieselben geschildert als hellgelb, bald als hellbraun, bald als dunkelbraun oder blaurot. Oft auch treffen wir Farbenunterschiede bei ein und demselben Fall (Fall JADASSOHN, Fall BÄUMER, unsere beiden Fälle). Schwankungen bestehen weiterhin in der Lokalisation der Papeln. Meistens ist zwar der Rumpf stärker befallen, als die Extremitäten, doch treffen wir auch hier wieder Unterschiede, indem bald mehr der Rücken affiziert ist (Fall UNNA), bald mehr die Brust, bald mehr der Bauch (unser Fall I). Das Gesicht zeigt meist nur sehr spärliche Flecken; palmae und plantae sind fast immer intakt.

Endlich lassen sich grofse Unterschiede konstatieren mit Bezug auf die Häufigkeit und die Dauer der urticariellen Eruptionen; doch sind hierüber die Angaben der Patienten häufig sehr ungenau. Im Fall UNNA begann das Leiden im dritten Lebensmonat. Als das Kind im Alter von zwei Jahren zur Beobachtung kam, traten „ab und zu anscheinend spontan Anfälle auf." Bei dem von RÓNA beobachteten Fall erschienen die ersten Quaddelschübe im Alter von 17 Jahren. Im 25. Jahr konnte noch „spontane" Quaddelbildung beobachtet werden, wenn der Patient sich in einer warmen Temperatur befand oder stark schwitzte. JADASSOHN berichtet, dafs bei seinem Fall spontane Eruptionen nur von der Geburt bis zum Ende des dritten Jahres auftraten. Seither, also 14 Jahre lang, war Patient beschwerdenfrei. Was unsere beiden Beobachtungen anbetrifft, so begann im Fall I das Leiden in frühester Kindheit, und es traten spontane Schübe bis etwa zum zehnten Lebensjahr auf. Im Fall II dagegen erschienen die ersten Urticaria-Eruptionen im 16. Jahr; seither wiederholten sie sich sehr häufig, aber in unregelmäfsigen Intervallen, indem oft an einem Tage mehrere Schübe sich einstellten, oft aber mehrere Tage und sogar Wochen ohne solche vorbeigingen.

Die Unterschiede zwischen den einzelnen klinischen Bildern beziehen sich, wie wir sehen, hauptsächlich auf die Zahl und Gröfse der Efflorescenzen, auf die Form und Farbe derselben, sowie auf die Häufigkeit und

Dauer der urticariellen Eruptionen. Sie erweisen sich alle als nur quantitativer Natur und können daher auch bei solchen Krankheitsbildern konstatiert werden, deren Zusammengehörigkeit aufser jedem Zweifel steht. (Fall UNNA, Fall BÄUMER, unser Fall I.) Dagegen ist es nicht möglich, klinische Unterscheidungsmerkmale anzugeben, welche für die eine oder andere Form spezifisch sind und welche eine Trennung in zwei oder mehrere Affektionen gestatten. Zu einem ganz andern Ergebnis gelangen wir bei Berücksichtigung der histologischen Bilder.

b) Histologisches.

Über die histologischen Veränderungen bei den in Frage stehenden Krankheitsbildern sind die Mitteilungen noch sehr spärlich. Bei einer grofsen Zahl von Fällen wurde die mikroskopische Untersuchung überhaupt nicht gemacht; bei anderen Fällen sind die Angaben nur unvollständig. Indessen lassen schon die wenigen Untersuchungsergebnisse, über die wir zur Zeit verfügen, eine auffallende Verschiedenheit im Verhalten der Mastzellen erkennen und zwar derart, dafs hinsichtlich der Mastzellenbefunde die histologischen Bilder in zwei Gruppen getrennt werden können. Bei der einen Gruppe von Fällen finden wir den UNNAschen Mastzellentumor mit seinem typischen Aufbau und seinem enormen Reichtum an Mastzellen. Bei den anderen Fällen dagegen wird der Tumor vermifst, die Mastzellen sind disseminiert und relativ spärlich, meist den Gefäfsen und Drüsen angelagert. Dieser bemerkenswerte Unterschied im Verhalten der Mastzellen läfst sich an denselben Fällen veranschaulichen, die wir bei Besprechung der klinischen Symptome zitiert haben.

UNNA[27] beschreibt das histologische Bild seines Falles, wie folgt: „Die Untersuchung der Hautstücke ergab eine Rarefaktion und retikuläre Umwandlung des subepidermoidalen Bindegewebes und eine dichte Einlagerung in dasselbe von eigentümlich gestalteten, rundlichen oder polygonalen, grofsen Zellen. Dieses Zellinfiltrat löste sich nach der Tiefe zu in einzelne, vielfach unterbrochene Zellstränge auf, welche augenscheinlich den Blutgefäfsen anlagen und daher auch zum Teil die Haarbälge, Talgdrüsen, Knäueldrüsen bis gegen das subkutane Gewebe hin umgaben. — Die gewöhnlichen Bindegewebszellen in der Umgebung der von Mastzellen umsäumten Gefäfse sind ebenfalls, aber nur geringgradig vermehrt. Notorische Anhäufung von gewöhnlichen, weifsen Blutkörperchen habe ich dagegen nicht gefunden.

Die Angaben von BÄUMER[28] lauten: „Man sieht in manchen Schnitten,

[27] l. c. S. 16.
[28] l. c. S. 333.

dicht unter dem Epitel, von demselben nur durch eine schmale Zone getrennt, grofse Haufen von Mastzellen. — Dieser „Mastzellentumor" hat noch einige Besonderheiten. Die Art der Anordnung ist nämlich durchaus nicht regellos, die Mastzellen sind vielmehr in Form von Säulen oder Strängen angeordnet. Hierbei sind die Zellen so dicht aneinandergedrängt, dafs sie sich gegenseitig abgeplattet haben und demgemäfs eine annähernde Würfelform zeigen. —"

Róna[29] fand in seinen Präparaten eine, die obersten Cutisschichten einnehmende Zellinfiltration, dazu dichte Zellhaufen und Zellstränge längs dem subpapillären Gefäfsnetz mit Fortsätzen gegen die Tiefe. Alle diese Zellansammlungen bestanden teils aus mononukleären Leukocyten, teils aus Plasmazellen; dazwischen waren Mastzellen in sehr mäfsiger Zahl, etwas reichlicher in der Tiefe, um die Gefäfse und Talgdrüsen herum.

Der mikroskopische Untersuchungsbefund des von Jadassohn[30] beobachteten Falles lautet wie folgt: „Im Centrum des Herdes findet sich dicht unter dem normal breiten Epitel, eine unregelmäfsige, im Centrum dichtere, nach der Peripherie lockerer werdende Anhäufung von Zellen, welche sich nach unten in verschiedenen Richtungen maschenförmig fortsetzt und speziell an den Haarbälgen in die Tiefe geht. Diese Zellhaufen und Zellstränge bestehen aus Rundzellen mit einem wenig breiten, auch in Boraxmethylenblau sich nicht färbenden Plasmasaum, deren Kerne sich aber tinktoriell nicht wie Leukocyten verhalten, sondern sich weniger stark färben. Zwischen und nach aufsen von diesen Zellen liegen an vielen Stellen so reichlich, dafs sie dieselben vollständig überlagern, Mastzellen mit charakteristischer Farbenreaktion. — Diese Stränge von Rund- und Mastzellen scheinen in ihrem Verlaufe den Gefäfsen zu folgen, deren Lumen hier und da in ihrer Mitte zu erkennen ist. Aufserdem finden sich Mastzellen auch in weiterem Umkreise um die eigentliche Zellansammlung in gröfserer Zahl; ganz vereinzelte Exemplare sind zwischen den Zellen der Epidermis zu konstatieren. —"

Von unseren beiden Beobachtungen endlich zeigt der Fall I den typischen Mastzellentumor mit seiner gegen das Corium zu in scharfer Linie abschneidenden Begrenzung und der säulenförmigen Anordnung der Mastzellen. Im Fall II dagegen sind die Mastzellen spärlich, nicht reichlicher, als wir sie auch bei manchen entzündlichen Zuständen, z. B. bei rezidivierendem Erysipel, Elephantiasis nostras etc., dann besonders bei Lymphangiomen konstatieren konnten. Das ganze Bild zeigt, wenn wir von der Pigmentansammlung in der untersten Epitelschicht absehen, mit dem der gewöhnlichen Urticaria chronica die gröfsten Übereinstimmungen.

---

[29] l. c. S. 19.
[30] l. c. S. 383.

Aus diesen Angaben ergeben sich unschwer die oben erwähnten Unterschiede in den Mastzellenbefunden. Der Fall UNNA, der Fall BÄUMER, sowie unser Fall I bieten die Verhältnisse des Mastzellentumors, während der Fall RÓNA, der Fall JADASSOHN und unser Fall II disseminierte und relativ spärliche Mastzellen aufweisen.

Nach den Auseinandersetzungen mehrerer Autoren (UNNA, BÄUMER, RÓNA) bieten diese Unterschiede in den Mastzellenbefunden durchaus nichts charakteristisches dar. Sie sind durch die gröfsere oder geringere Intensität ein und desselben Krankheitsprozesses bedingt, und man mufs von spärlichen, ja fehlenden Mastzellenansammlungen alle möglichen Zwischenstadien bis zum eigentlichen Tumor finden können, so dafs der letztere nur das Endprodukt, das Höhestadium eines mastzellenbefördernden Prozesses darstellt. So schreibt UNNA:[31] „Die pigmentierte Papel der Urticaria pigmentosa erscheint nicht auf einmal. — Wir müssen also annehmen, dafs jede neue Urtication einen Zuwachs an Mastzellenmaterial herbeiführt, welcher als solider Rest dieser akuten Perioden bleibt und sich anhäuft, bis der ganze Papillarkörper in einen Mastzellentumor aufgegangen ist. —"

Dieselbe Auffassung vertritt auch BÄUMER.[32] Nach diesem Autor ist „die pigmentierte Papel der Urticaria pigmentosa ein successive entstandenes Gebilde; als das Höhestadium ihrer Entwickelung ist die Bildung des sogenannten Mastzellentumors zu betrachten. —" BÄUMER berichtet ferner, dafs experimentell eine Vermehrung der Mastzellen herbeigeführt werden kann, wenn man längere Zeit ein und dieselbe Stelle in ödematösem Zustand erhält.

Erwähnen wir noch, dafs RAYMOND[33] an den Mastzellen Degenerationserscheinungen beschrieben hat, die sich hauptsächlich in Kernzerfall äufserten, dafs auch BÄUMER[34] „Anzeichen für eine allmähliche Auflösung der Mastzellen" gefunden hat, so liefse sich theoretisch der Verlauf des Leidens hinsichtlich der Mastzellenansammlungen konstruieren. Mit dem ersten urticariellen Schub stellen sich Mastzellen ein; durch Wiederholung der Eruptionen an denselben Stellen mehren sie sich bis zur Tumorbildung, und wenn die unbekannte Ursache der Quaddelbildung zu wirken aufhört, so vermindern sie sich durch Degeneration in loco. In dieser, zuerst zum Tumor ansteigenden, dann vom Tumor zurückgehenden Befundreihe lassen sich alle Übergänge von den Bildern mit sehr spärlichen Mastzellen bis zu jenen mit dem Tumor unterbringen. Der letztere entbehrt daher jeder Spezifität; er stellt einfach das Höhestadium des Krankheitsprozesses dar,

[31] l. c. S. 20.
[32] l. c. S. 334.
[33] l. c. S. 57.
[34] l. c. S. 338.

und es ist ganz zufällig, ob bei der mikroskopischen Untersuchung die Mastzellen tumorartig angehäuft oder disseminiert und spärlich gefunden werden. BÄUMER[35] schreibt denn auch, es sei „durchaus nicht auffällig, wenn einzelne Beobachter, wie DOUTRELEPONT und JADASSOHN den Befund UNNAs nicht bestätigt finden." Dieselbe Erklärung giebt auch RÓNA[36] für das Fehlen des Mastzellentumors bei den Fällen von JADASSOHN und DOUTRELEPONT.

Gegen diese zum Teil hypothetische Erklärung der Unterschiede in den Mastzellenbefunden lassen sich indessen mehrere Argumente anführen, welche an einem so engen und einfachen Zusammenhang zwischen den Bildern mit Mastzellentumor und jenen mit disseminierten Mastzellen Zweifel erwecken müssen.

Einmal zeigt der Mastzellentumor eine charakteristische Beziehung zum Beginn des Leidens. Bei allen Fällen nämlich, bei welchen der Tumor beschrieben wurde, hat der Prozefs in der frühesten Kindheit eingesetzt. Es ist kein Fall bekannt, wo der Prozefs erst später begonnen und wo dennoch der Tumor gefunden worden wäre. Der letztere scheint also an den frühen Beginn der Affektion gebunden zu sein. Im Gegensatz hierzu ist der Beginn bei den Fällen mit disseminierten Mastzellen ganz unbestimmt. JADASSOHN und DOUTRELEPONT fanden disseminierte Mastzellen bei Fällen mit Beginn in der frühesten Kindheit; TENNESON und LERREDDE[37] beschreiben disseminierte Mastzellen bei einem Fall mit Beginn im zehnten Jahre; beim Fall RÓNA und bei unserem Fall II fällt der Beginn ins 17. bezw. 16. Altersjahr.

Wir haben versucht, durch Zusammenstellung des kasuistischen Materials festzustellen, innerhalb welcher Grenzen der Beginn bei den Fällen mit Mastzellentumor und bei jenen mit disseminierten Mastzellen variieren kann.[38] Genaue Zahlenangaben sind aber aus zwei Gründen nicht möglich. Einmal konnten wir nur bei 83 von den ungefähr 100 Fällen den Beginn genau oder annähernd genau ermitteln. Bei den übrigen Mitteilungen fehlen entweder diesbezügliche Angaben gänzlich, oder es heifst einfach: Beginn in der frühesten Kindheit, Beginn vor mehreren Jahren u. s. w. Zweitens fehlt bei einer sehr grofsen Anzahl von diesen 83 Fällen der mikroskopische Untersuchungsbefund, so dafs wir nicht entscheiden können, ob dieselben zu den Fällen mit Mastzellentumor oder zu jenen mit disseminierten Mastzellen gehören. Der Wert einer solchen Zusammenstellung ist daher ein beschränkter; aber dennoch lassen sich aus derselben einige Schlüsse ziehen.

---

[35] l. c. S. 334.
[36] l. c. S. 17.
[37] *Annales de Derm.* 1896. S. 194.
[38] Die beiden Tabellen finden sich am Schlusse der Arbeit.

Wir haben zunächst — ohne Rücksicht auf die histologischen Unterschiede — die 83 Fälle gruppiert hinsichtlich ihres Beginnes. Sie verteilen sich wie folgt:

Beginn im	1.	Lebensjahr	bei 59	Fällen	= 71,1%,
„ „	2.	„	„ 5	„	= 6,0%,
„ „	3.—10.	„	„ 6	„	= 7,2%,
„ „	11.—20.	„	„ 5	„	= 6,0%,
„ „	21.—30.	„	„ 3	„	= 3,6%,
„ „	31.—40.	„	„ 3	„	= 3,6%,
„ jenseits des	40.	„	„ 2	„	= 2,4%.

Von den 59 Fällen im ersten Lebensjahre fallen 56 = 67,4% auf die sechs ersten Monate. Von den beiden Mitteilungen mit Beginn jenseits des 40. Jahres setzte der eine im 45., der andere im 53. Lebensjahr ein.

Eine derartige Zusammenstellung ergiebt, dafs weitaus die meisten Beobachtungen ihren Beginn im ersten Lebensjahre oder gar im ersten Halbjahre nehmen. Schon die Zahl der Fälle mit Beginn im zweiten Lebensjahre sinkt nach unserer Tabelle auf fünf. Noch spärlicher sind Mitteilungen mit Beginn in den darauf folgenden Jahren, und Publikationen mit Beginn im höheren Alter fehlen bis jetzt gänzlich.

In der zweiten Tabelle haben wir aus dem uns zur Verfügung stehenden Materiale jene Fälle zusammengestellt, bei denen der Mastzellentumor mikroskopisch nachgewiesen ist. Soweit bei denselben der Beginn genau angegeben ist, schwankt er zwischen den drei ersten Lebensmonaten. Wichtiger ist indessen die auch durch unsere Zusammenstellung bestätigte Thatsache, dafs alle Fälle mit Mastzellentumor — mit Einschlufs jener Beobachtungen, deren Beginn nur annähernd genau festgestellt ist — in der frühesten Kindheit einsetzten. Gestützt hierauf müssen nämlich per exclusionem alle Mitteilungen, deren Beginn nicht in die frühe Kindheit fällt, als Fälle mit disseminierten Mastzellen gedeutet werden, und es ergiebt sich alsdann besonders deutlich, wie der Beginn bei den Fällen mit disseminierten Mastzellen innerhalb weiter Grenzen variieren kann (nach unserer Tabelle zwischen den ersten Lebenswochen und dem 53. Lebensjahre). Dieser charakteristische Unterschied zwischen dem auf die früheste Kindheit beschränkten Beginn einerseits und dem ganz unbestimmten Beginn andererseits läfst sich mit den vorerwähnten Hypothesen nicht erklären; dagegen spricht derselbe sehr zu Gunsten der Auffassung, dafs wir hier — histologisch genommen — zwei in keinem Zusammenhang zu einander stehende Affektionen vor uns haben.

Nach den Bäumerschen Hypothesen und Experimenten könnte man versucht sein, die Unterschiede in den Mastzellenbefunden auf mehr oder

weniger häufig wiederkehrende urticarielle Eruptionen zurückzuführen. Werden doch die Mastzellen als Aufspeicherungsstellen von Ernährungsmaterial angesehen, das speziell bei urticariellen Prozessen in überschüssiger Menge deponiert wird. Nun aber zeigen sowohl die Fälle mit Mastzellentumor als jene mit disseminierten Mastzellen eine auffallende Unabhängigkeit vom Auftreten und Fortbestehen urticarieller Eruptionen. So wurde der Mastzellentumor gefunden bald nach Beginn des Leidens, d. h. nachdem erst verhältnismäfsig wenige Quaddelschübe aufgetreten sein mochten, wie im Fall UNNA, wo die histologische Untersuchung 1¾ Jahre nach Beginn der Affektion geschah. Der Tumor wurde gefunden im Jünglingsalter, nachdem das Leiden viele Jahre hindurch bestanden hatte (Fall BÄUMER); er wurde endlich gefunden im späteren Alter, nachdem seit vielen Jahren keine Schübe mehr über die Efflorescenzen gestrichen waren (unser Fall I). Kurz, Mastzellentumor im Anfang der urticariellen Schübe, Mastzellentumor nach jahrelangem Bestehen derselben, Mastzellentumor viele Jahre nach Aufhören derselben. Auf der andern Seite disseminierte Mastzellen zu Beginn des Leidens, wie im Fall TENNESON und LERREDDE,[39] wo die Excision und histologische Untersuchung wenige Monate nach dem Auftreten der ersten Symptome vorgenommen wurden; sehr spärliche Mastzellen, nachdem während vielen Jahren Schübe aufgetreten waren und sich auch zur Zeit der Excision häufig wiederholt hatten (unser Fall II); disseminierte Mastzellen viele Jahre nach Aufhören der Quaddeleruptionen, wie in dem von JADASSOHN publizierten Fall, wo seit 14 Jahren spontane Eruptionen und subjektive Beschwerden fehlten.

Am eklatantesten tritt uns dieses Mifsverhältnis zwischen den Urticariaeruptionen und den Mastzellenbefunden bei unseren beiden Beobachtungen entgegen. Im Fall II bestehen seit Jahren häufige spontane Schübe; die Bedingungen für die Ablagerung überschüssigen Ernährungsmaterials und damit für eine successive Anhäufung von Mastzellen sind die möglichst günstigsten. Und dennoch finden sich die Mastzellen nur sehr spärlich. Umgekehrt fanden im Fall I seit mindestens zehn Jahren keine Urticariaeruptionen mehr statt, also auch keine Ablagerung von überschüssigem Ernährungsmaterial. Die Mastzellen aber stehen dichtgedrängt im ganzen Bereich der Efflorescenz und sehen sogar „wohlgenährt“ aus.

Auch diese Verhältnisse sprechen gegen den einfachen Zusammenhang, den man nach den oben erwähnten Auseinandersetzungen zwischen den mikroskopischen Bildern mit Mastzellentumor und jenen mit relativ spärlichen Mastzellen vermuten möchte.

Endlich bestehen im histologischen Verhalten noch anderweitige

[39] l. c.

Unterschiede. Für die Bilder mit Mastzellentumor ist bemerkenswert, dafs aufser der Anwesenheit von Mastzellen keine wesentlichen Veränderungen bestehen, dafs speziell entzündliche Veränderungen entweder ganz fehlen (wie im Fall ELSENBERG[40]), oder höchstens durch ganz vereinzelte Lymphocyten zwischen den Mastzellen sich kundgeben (UNNA[41]). Wir selber fanden in unseren Präparaten aufser einzelnen Lymphocyten und Pigmentzellen keine Veränderungen. Demgegenüber ist das mikroskopische Bild bei den Fällen mit disseminierten Mastzellen ein sehr mannigfaltiges. RÓNA beschreibt für seine diesbezüglichen Präparate neben einer sehr mäfsigen Zahl von Mastzellen dichte Zellhaufen und Zellstränge, die teils aus mononukleären Leukocyten, teils aus Plasmazellen bestanden. Dazu kam Erweiterung der Lymph- und Blutgefäfse. Dieselben Veränderungen konnten wir an zwei Präparaten konstatieren, die uns Herr Prof. JADASSOHN in zuvorkommender Weise zum Vergleiche seines früher beschriebenen Falles mit den unserigen zur Verfügung stellte. Auch hier findet man neben relativ wenigen Mastzellen eine starke Anhäufung (entzündlicher?) Rundzellen. In unserem Fall II endlich konnten wir neben einer mäfsigen Menge Lymphocyten noch Gefäfsveränderungen konstatieren. Ferner fiel uns auf, dafs der pathologische Prozefs hier, wie übrigens auch im Fall RÓNA und im Fall JADASSOHN längs den Gefäfsen in die Tiefe geht, während er in unserem Fall I und in dem von G. und F. E. HOGGAN beschriebenen Fall streng auf die Papillarschicht und oberen Cutispartien beschränkt ist und nach unten in scharfer Linie aufhört.

Alle diese Ergebnisse — 1. die Abhängigkeit des Mastzellentumors vom frühen Beginn des Leidens, 2. die (relative) Unabhängigkeit der Mastzellenansammlungen vom Bestehen oder Fehlen urticarieller Eruptionen, 3. die Unterschiede in den mikroskopischen Bildern, auch abgesehen von den Mastzellenbefunden — lassen den Mastzellentumor nicht als Höhestadium der Bilder mit disseminierten Mastzellen erscheinen. Es mufs vielmehr angenommen werden, dafs demselben eine ganz andere mastzellenbefördernde Ursache zu Grunde liegt, als den Fällen mit disseminierten Mastzellen. Worauf es jedoch beruht, dafs in einer Reihe von Fällen die Mastzellenansammlung eine tumorartige ist, während in anderen Fällen unter anscheinend denselben Bedingungen die Mastzellen nur disseminiert und relativ spärlich sich ansammeln, darüber sind wir noch völlig im unklaren.

---

[40] ELSENBERG, *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 20, S. 357
[41] UNNA, Histopathologie. S. 966.

IV.

Experimentelles.

Da insbesondere durch die histologischen Ergebnisse unserer beiden Fälle gewisse Zweifel über die den Mastzellen zugeschriebene funktionelle Bedeutung entstehen mufsten, so versuchten wir, auf experimentellem Wege der Mastzellenfrage näher zu treten, analog dem Vorgange von BÄUMER.

BÄUMER[42] berichtet, dafs er eine umschriebene Stelle seines Vorderarmes vier Tage lang in ödematösem Zustande erhielt, indem er dieselbe mit einer Brennessel reizte und den Reiz wiederholte, sobald die Quaddel sich zurückzubilden begann. Am vierten Tage liefs er sich das betreffende Hautstück excidieren. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine Vermehrung der Mastzellen auf das Doppelte. (Als Vergleichsobjekt dienten Präparate eines normalen Hautstückes, das sich BÄUMER früher hatte excidieren lassen.) Wir hofften auf zwei Wegen zu einem unzweideutigeren Resultat zu gelangen.

Einmal sollte das Experiment an einem zur Quaddelbildung, also Mastzellenvermehrung besonders disponierten Individuum ausgeführt werden. Unser Fall II, eine intelligente und sorgsame Person, erklärte sich denn auch zu diesem Versuche bereit. Zwölf Tage lang rieb sie sich eine genau bezeichnete Hautstelle ihres linken Vorderarmes mit einem rauhen Tuch und zwar so oft, dafs dieselben zwei Efflorescenzen immerfort im Quaddelzustand erhalten blieben. Die Reizung geschah 12—15 Mal täglich. Am zwölften Tage wurde das betreffende Hautstück excidiert und Präparate nach dem früher skizzierten Verfahren hergestellt. Der histologische Befund ist folgender:

Das Epitel verhält sich bis auf eine leichte Verdickung der in lamellöser Abschuppung befindlichen Hornschicht vollständig entsprechend dem Epitel im ungereizten Stadium. Dagegen weisen Papillarkörper und Cutis eine überaus reichliche Anhäufung von mehr- und einkernigen Rundzellen auf. Am ausgesprochensten ist die Infiltration entsprechend dem Verlauf der Gefäfse, die von dichten Rundzellenmassen eingescheidet sind. Die Blutgefäfse sind erweitert, das Endotel gewuchert. Die Mastzellen sind, was wir besonders hervorheben möchten, nicht vermehrt, so dafs sie in dem dichten Zellinfiltrat nur mit Mühe wahrgenommen werden. Ein eigenartiges Verhalten zeigt das elastische Gewebe, das entsprechend dem Infiltrat körnig zerfallen, zum Teil ganz geschwunden ist. Am besten ist das direkt den Gefäfsen anlagernde, sowie das dicht unter dem Epitel befindliche Elastin erhalten.

---

[42] l. c. S. 343.

Die Lymphwege sind erweitert, die Wände der Lymphgefäfse ebenfalls verdickt, speziell durch Zunahme des elastischen Gewebes. Die Bindegewebszellen zum Teil in Wucherung begriffen.

In zweiter Linie nahmen wir das Tierexperiment zu Hilfe, dessen Vorteil in der Möglichkeit einer längeren Dauer des Versuches liegt. Im Widerspruch zu UNNA und BÄUMER müssen wir betonen, dafs an gewissen Tieren, z. B. Ziegen, durch Betupfen mit Brennesseln Urticariaquaddeln sehr leicht erzeugt werden können. Immerhin gelingt das Experiment nicht an allen Hautstellen. So konnten wir an dem fast haarlosen Euter der Ziegen Quaddeln entstehen sehen, während an einer rasierten Thoraxpartie derselben Tiere keine solchen hervorzubringen waren.

Das Experiment wurde in der Weise vorgenommen, dafs eine markierte Stelle des einen Euters täglich 8—12 mal mit Brennesseln betupft wurde. Es entstanden jeweils nach vorheriger Hyperämie schön ausgebildete Quaddeln. Dieselben, 4 Minuten nach Beginn der Reizung sehr deutlich, blieben während $^1/_2$—$^3/_4$ Stunden bestehen, um dann zu schwinden, während die Hyperämie noch nach einer Stunde sichtbar war. Während 14 Tagen wurde die Haut auf diese Weise gereizt, dann ein Stück excidiert. Das Resultat war vollständig negativ. Aufser einer sehr starken Infiltration mit polynukleären Lenkocyten, Erweiterung der Blutgefäfse, Wucherung des Endotels konnten wir keine Veränderungen gegenüber dem Testobjekt herausfinden. (Das letztere war dadurch erhalten worden, dafs man vor Beginn des Experimentes an der korrespondierenden Stelle des anderen Euters ein Stück normaler Haut excidiert hatte.)

Diese experimentellen Ergebnisse stehen im Widerspruch mit den Resultaten, die BÄUMER mitgeteilt hat. Wir möchten den „negativen" Ausfall unserer beiden Versuchsreihen keineswegs als entscheidend für die Mastzellenfrage hinstellen, müssen aber doch ausdrücklich darauf hinweisen, dafs diese Indifferenz der Mastzellen gegenüber artefiziellen Quaddelzuständen, wie sie bei unseren Versuchen zu Tage trat, in vollständigem Einklang steht mit der Indifferenz der Mastzellen gegenüber spontanen Quaddeleruptionen, wie wir sie auf Seite 231 bis 233 geschildert haben. Weitere Versuche ähnlicher Art werden nötig sein, um zu entscheiden, ob durch das lokalisierte urticarielle Ödem eine Vermehrung des Mastzellenmaterials zu stande kommt oder nicht.

V.

Schlufsfolgerungen.

Aus unserer Arbeit ergeben sich folgende Resultate:

1. Dem von UNNA für den Krankheitsprozefs der Urticaria pigmentosa als spezifisch erklärten Mastzellentumor kommt nach unseren Beobachtungen und Untersuchungen diese Bedeutung in der That zu. Es darf derselbe

nicht als ein vorübergehendes Stadium im Verlaufe des Krankheitsprozesses aufgefafst werden, sondern er ist ein von Anfang an bestehendes, der Krankheit spezifisch eigenes Merkmal. Ferner ist — zufolge des Abhängigkeitsverhältnisses zwischen Mastzellentumor und Beginn — der zeitliche Beginn in der frühesten Kindheit für dieses Krankheitsbild charakteristisch.

2. Davon mufs eine zweite Krankheitsform abgetrennt werden, welche mikroskopisch relativ spärliche und disseminierte Mastzellen aufweist, und bei welcher der Beginn zeitlich unbestimmt ist.

Klinisch können die beiden Formen nicht voneinander unterschieden werden, histologisch aber sind sie vollständig different. Es ist daher auch die Differentialdiagnose erst auf mikroskopischem Wege möglich, ausgenommen jene Fälle, welches zufolge ihres „späten Beginnes" auf „disseminierte Mastzellen" schliefsen lassen.

3. Experimentell konnten wir weder an unserer zur Quaddelbildung disponierten Patientin (Fall II mit spärlichen Mastzellen), durch zwölftägige mechanische Reizung zweier Efflorescenzen eine Vermehrung der Mastzellen erzeugen, noch gelang uns dies durch 14tägige Reizung der Haut mittels Brennesseln im Tierexperiment.

Wir wollen hier einige Bemerkungen beifügen mit Bezug auf die Benennung der beiden oben unterschiedenen Krankheitsformen. Es ist schon öfter hervorgehoben worden, dafs die Bezeichnung Urticaria pigmentosa für die erste Form eine unpassende sei. Durch dieselbe werden zwar zwei wichtige, klinische Merkmale berührt, die Quaddelbildung und die Pigmentation. Es ist aber keine Rücksicht genommen auf das charakteristischeste histologische Symptom, auf die Mastzellen und deren Anordnung. Noch weniger kann der von einigen Autoren für die zweite Form gebrauchte Namen Urticaria mit Pigmentbildung befriedigen. Jede gewöhnliche Urticaria kann, sobald sie längere Zeit andauert, Pigmentablagerung zur Folge haben, also — klinisch gesprochen — zur Urticaria mit Pigmentbildung werden.

Da nun lokalisierte Urticaria und Pigmentation sowohl der ersten, als der zweiten Form zukommen, so halten wir dafür, es seien beide Formen als Urticaria pigmentosa zu bezeichnen. Zu ihrer Unterscheidung dürfte es zweckmäfsig sein, je nach dem mikroskopischen Befund den Zusatz zu machen: mit Mastzellentumor, bezw.: mit disseminierten Mastzellen, also die beiden Formen zu differenzieren als 1. **Urticaria pigmentosa mit Mastzellentumor** (Typus Unna) und 2. **Urticaria pigmentosa mit disseminierten Mastzellen** (Typus Jadassohn-Róna).

Anhang.

I. Tabellarische Zusammenstellung von 83 Fällen, gruppiert nach dem Beginn der Erkrankung.

Beginn, tabellarisch	Autor, Angabe der Quelle,[49] resp. der Referate	Beginn
Kongenital	Arning, I. Kongr. d. deutsch. derm. Ges.....	
	Raab, *Arch.*, Bd. 53.....	
1.–6. Monat	Raymond, Observation XVII der Monographie	1—2 Tage nach Geburt.
	— „ XIII	3 „ „ „
	Jadassohn, IV. Kongr. d. deutsch. derm. Ges.	3 „ „ „
	Raymond, Observation XIV	3 „ „ „
	— „ VIII	8 „ „ „
	— „ V	10 „ „ „
	— „ XII	14 „ „ „
	— „ XIX	bald nach Geburt.
	Dubrisay, *AA.* 1896	„ „ „
	Plonski, *Berl. derm. Zeitschr.*, 1897	wenige Tage nach Geb.
	Jacquet, *AA.* 1899	kurz nach Geburt.
	Adamson, *MH.* 1896 I	mit 2 Wochen.
	Kreibich, *Arch.* 46	in ersten Lebenswochen.
	Cutler, *Arch.* 41	mit 3 Wochen.
	Small, *Journ. of cut. and gen.-urin. dis.* Ref. *AA.* 1897.....	„ 4 „
	Mibelli, Ref. *MH.* 1888	„ 4 „
	Winternitz, *Arch.* Bd. 40	„ 5 „
	Elsenberg, *Arch.* Bd. 20.....	„ 6 „
	Wickham-Thibaut, *AA.* 1888.....	„ 6 „
	Brongersma, *Brit. Journ. of Derm.* 1899. Ref. *AA.* 1899.....	„ 6 „
	Derville, *AA.* 1894.....	„ 6 „
	Raymond, Observation XX	„ 5 „
	— „ XV	„ 5—6 „
	— „ III	„ 6 „
	— „ IV	„ 6 „
	— „ XIX	„ 6 „
	— „ XXIX	„ 6 „
	— „ XXVI	„ 8 „
	— „ IX	„ 9 „
	— „ XI	mit 3 Monaten.
	Unna, Beiträge zur Anatomie und Pathogenese der Urticaria simplex und U. pigmentosa	im 3. Monat.
	Raymond, Observation I	mit 3 Monaten.
	Perry, *MH.* 1896	„ 3 „

[49] Es bedeutet: *Arch.* = *Archiv für Dermatologie und Syphilis*,
MH. = *Monatshefte für praktische Dermatologie.*
AA. = *Annales de Dermatologie.*

Beginn, tabellarisch	Autor, Angabe der Quelle, resp. der Referate	Beginn
	Pringle, *MH.* 1895	mit 3 Monaten.
	Stelwagon, Ref. *AA.* 1899	„ 3 „
	Feulard, *AA.* 1894	„ 3 „
	Woldert, *AA.* 1901	„ 3 „
	Wickham-Thibaut, *AA.* 1886	im 3.—4. Monat.
	Stelwagon, *AA.* 1899	mit 3½ Monaten.
	Raymond, Observation VII	im 3.—4. Monat.
	Joffray, *AA.* 1901	im 4. Monat.
	Balzer und Monsseaux, *AA.* 1899	mit 4 Monaten.
	Little, *AA.* 1899	„ 4 „
	Raymond, Observation XXI	„ 4 „
	— „ X	„ 5 „
	Morrow, Ref. *MH.* 1896	„ 5 „
	Bronson, Ref. *MH.* 1894	„ 5 „
	Fox, *Brit. Journ. of Derm.* 1898. Ref. *MH.* 1898	„ 5 „
	Raymond, Observation VI	„ 6 „
	Balzer und Gauchery, *AA.* 1899	mit 6 Monaten.
	Pick, Ref. *MH.* 1890	„ 6 „
	Doutrelepont, *Arch.* Bd. 22	„ 6 „
	Raymond, Observation II	„ 6 „
	Morrow, Ref. *MH.* 1895	„ 6 „
7.—12. Monat	Raymond, Observation XXII	„ 10 „
	— „ XXIV	„ 10 „
	Fox, Ref. *AA* 1899	mit 1 Jahr.
2. Lebensjahr	Raymond, Observation XXIII	„ 1 „ 2 Monaten.
	Stelwagon, *AA.* 1899	„ 18 Monaten.
	Raymond, Observation XVI	„ 1½ Jahren.
	Sherwell, *Brooklin dermat. and genit. Soc.* Ref. *MH.* 1894	„ 18 Monaten.
	Touton, *MH.* 1889	am Ende des 2. Jahres.
3.—10. Lebensjahr	Eudlitz, *AA.* 1896, S. 882 u. 1050. Das Kind ist 3 Jahre 8 Monate alt	vor ungefähr 1 Jahr.
	Raymond, Observation XXVIII	mit 28 Monaten.
	Selhorst, Niederl. Ges. 1896, 3. XII. Ref. *AA.* 1898. Das Kind ist 7jährig	vor mehr als 1 Jahr.
	Plonski, *Berl. derm. Zeitschr.* 1897, S. 114	im 5. Lebensjahre.
	Balzer u. Mousseaux, *AA.* 1898, S. 1145. Das Kind ist 7jährig	vor 18 Monaten.
	Tenneson u. Lerredde, *AA.* 1896, S. 194. Das Kind ist 10 Jahre alt	Oktober 1895.
11.—20. Lebensjahr	Kaposi, *Wien. med. Wochenschr.* 1886. Das Kind ist 13½ Jahre alt	vor 9 Monaten.
	Fox, *Brit. Journ. of Derm.* 1898. Ref. *AA.* 1899	mit 15 Jahren.
	Robinson, New York Soc., 273. Sitzg. Ref. *Arch.* Bd. 54	„ 16 „
	Róna, *Arch.* Bd. 40, S. 13	„ 16 „
	Unser Fall II	„ 16 „

Beginn, tabellarisch	Autor, Angabe der Quelle resp. der Referate	Beginn
21.—30. Lebensjahr	Veiel, Verhandl. d. dtsch. derm. Ges., I. Kongr.	mit 21 Jahren.
	Lesser, *Berl. derm. Zeitschr.* 1900	„ 26 „
	Elliot, *Journ. of cut. and gen.-urin. dis.* 1891	„ 27 „
31.—40. Lebensjahr	Doutrelepont, *Arch.* Bd. 22	„ 38 „
	Dubois-Havenith, Verh. d. dtsch. derm. Ges. I. K.	„ 35—38 „
	Petersen, „ „ „ „ „ I. „	„ 31 oder 38 Jahren.
Nach dem 40. Jahr	Quinquaud,[44] *AA.* 1893. Der Mann ist 55jährig	vor 10 Jahren.
	Crocker,[45] *Brit. Journ. of Derm.* Ref. *AA.* 1899	mit 52½ Jahren.

II. Tabellarische Zusammenstellung von 8 Fällen mit Mastzellentumor gruppiert nach dem Beginn der Erkrankung.

Autor		Beginn
Thin	*MH.* 1882, S. 238	6 Wochen nach Geburt.
G. u. F. E. Hoggan	*MH.* 1883, S. 44	6 „ „ „
Raymond	Observation XXIX, cf. Quinquaud et Nicolle, *AA.* 1891, S. 393	6 „ „ „
Elsenberg	*Arch.* Bd. 22.....	6 „ „ „
Nettleship	*Brit. med. Journ.* 1869	im 3. Monat.
Unna	Beiträge zur Anatomie und Pathogenese der Urticaria simplex und pigmentosa.....	„ 3. „
Bäumer	*Arch.* Bd. 34	in frühester Kindheit.
Unser Fall I	.....	„ „ „

[44] Als Maladie urticante pigmentée publiziert.
[45] Als Urticaria chronique? publiziert: nach dem klinischen Verhalten hierher gehörend.

Die Wirkung der Jodalkalien bei chlorfreier Diät.

Von

Dr. Josef Sellei-Budapest.

Wenn auch die ausgezeichnete Wirkung der Jodalkalien auf die späteren Erscheinungsformen der Syphilis, hauptsächlich aber auf die gummösen Folgeerscheinungen durchaus nicht in Abrede gestellt werden kann, so verliert sie doch durch die mit ihrer Anwendung verbundenen Nebenwirkungen viel von ihrem Werte. Bekanntlich werden die Jodalkalien bei innerlichem Gebrauche vom Organismus aufserordentlich rasch absorbiert, und sei es, dafs wir sie als Natrium-, Kalium- oder Ammoniumpräparat verwenden, so wird das Jod doch immer aus seiner Verbindung mit Natrium, Kalium u. s. w. frei, worauf es dann im Urin, im Speichel oder im Sekret der Drüsen auftritt. Wir wissen ferner auch, dafs die nach dem Gebrauche von Jodpräparaten auftretenden Nebenerscheinungen von dem frei gewordenen Jod herrühren.[1]

Je leichter ein Jodpräparat zerfällt, um so leichter wird das Jod frei, und dies ist die Ursache der Vergiftungserscheinungen, die man unter der Bezeichnung Jodismus zusammenfafst.

Mehrere Autoren, von denen wir hier nur Berg und Köhler[2] erwähnen wollen, gaben wohl der Meinung Ausdruck, dafs der „Jodismus" nach Jodkalium nicht dem Jod, sondern dem Kalium zuzuschreiben sei, doch setzt die Mehrzahl der Autoren den Jodismus auf Rechnung der Ausscheidung des Jods. Wir können hier von einer eingehenden Beschreibung der unter dem Namen Jodismus zusammengefafsten und allerseits bekannten Erscheinungen absehen und wollen wir nur mit einigen Worten die Symptome der akuten Jodvergiftung rekapitulieren. Als solche können wir die Irritation der Mund- und Nasenhöhle, des Schlundes und des Respirationstraktus (Jodschnupfen) betrachten, ferner die gesteigerte Thätigkeit der Drüsen, besonders der Schleimdrüsen, sowie die Zunahme der Sekretion der Thränendrüsen; sehr häufig tritt auch hochgradige Reizung des Magens und des Darmkanals ein. Man kann aber auch allgemeine nervöse Erscheinungen beobachten, unter denen wir am häufigsten in der Stirngegend auftretenden aufserordentlich starken Kopfschmerz, weiter in der Umgebung des oberen Teiles der Augenhöhle sowie an der Austrittsstelle und im Verlaufe des Nervus supraorb. und des N. trigeminus fühlbare

[1] S. Vogel-Bernatzik. 1900. — Lewin, Lehrbuch der Toxikologie. 1897. S. 42.
[2] Berg, s. den Artikel Malachowskys in den *Ther. Monatsh.* 1889. S. 102.

Schmerzen, zuweilen schneidende Schmerzen in den Extremitäten, nervöses Herzklopfen, Unruhe und Gehörsstörungen erwähnen wollen. Das auf der Hautdecke vorkommende Jododerma tritt meistens in der Gestalt von Akne auf. Aufserdem sind die verschiedensten Formen der Jodexantheme, von den pustulösen, urticariaähnlichen, blasenartigen Eruptionen angefangen bis zu den als Pemphigus oder als grofse fungöse Geschwülste auftretenden Exanthemen bekannt. Warum Jodismus auftritt und welche Faktoren dazu beitragen, dafs das Jod so leicht ausgeschieden wird, darüber sind die bisherigen Ansichten nur hypothetischer Natur. Bekannt sind die Theorien Kammerers, Buchheims und Binz'; nach der Ansicht der erstgenannten verursacht das im Blute enthaltene Oxygen die Jodausscheidung, während Binz den in den Geweben vor sich gehenden Chemismus, die Oxydationsfähigkeit des Protoplasmas für deren Ursache hält. Ehrlich und Sartisson hingegen führen die Jodausscheidung auf das Vorhandensein der Nitrite zurück. Andere dachten an Verringerung der Alkalescenz, an die Wirkung von durch Mikroorganismen erzeugten Ptomainen (Kionka[3]). Die Erscheinungen des Jodismus treten bei den einzelnen Individuen in verschiedener Stärke auf. Während eine sehr geringe Dosis Jodnatrium-Kalium bei einigen Individuen sehr heftige Vergiftungserscheinungen zur Folge hat, vertragen andere auch grofse Mengen von Jodalkalien. So wissen wir, dafs Haslund und Grewe einzelnen ihrer Psoriasiskranken 25—30 g Jodkalium verordneten, ohne dafs bei der Mehrzahl derselben auch nur die geringste unangenehme Erscheinung der Jodvergiftung vorgekommen wäre.

Wenn auch die Idiosynkrasie gegen das Jod selbst nur in einzelnen Fällen stark ausgeprägt ist, so können wir doch in ungefähr 40—50% der Fälle Beschwerden geringeren Grades, wie Jodschnupfen, Thränenfluss, Kopfschmerz beobachten. Bei innerlicher Verwendung des Jodkaliums habe ich beinahe bei jedem zweiten Kranken — in meinen Fällen handelte es sich ausschliefslich um Syphiliskranke — die oben erwähnten Erscheinungen, wenn auch nur in geringem Grade zu beobachten Gelegenheit gehabt.

Man hat schon frühe Versuche zur Beseitigung der unangenehmen Nebenerscheinungen der Jodpräparate gemacht. Unter diesen können wir als bekanntesten den Versuch von J. Poór erwähnen, der Natrium sulfuricum empfahl.

Aubert, Leloir und Besnier empfahlen Atropin bezw. Extr. belladonnae, von dem letzteren 10 centigr. pro die. Andere, wie Lelden, Norris, Sander[4] verordneten Bromkalium mit Jodkalium ää partes

---

[3] Kionka, Toxikologie. 1901.
[4] Röhmann und Malachowsky, *Ther. Monatsh.* 1882. S. 302.

und vermieden angeblich auf diese Weise Jodismus. EHRLICH empfahl die Sulfanilsäure; RÖHMANN und MALACHOWSKY dagegen überzeugten sich durch Experimente davon, dafs das Jod bei Vorhandensein von Natr. bicarbonicum nicht frei wird, und verordneten daher den mit Jodalkalien behandelten Patienten Dosen von 10—12 g Natr. bicarbonicum. Eine der verbreitetsten Methoden ist die Verordnung der Jodalkalien in Milch. Jedoch alle diese Methoden bewähren sich in der Praxis nicht. Ich verschrieb während mehrerer Jahre das Jodkalium abwechselnd mit Belladonna sowie mit Natr. sulfuricum, und doch habe ich Jodismus in geringerem oder höherem Grade wahrgenommen; dasselbe gilt von der Verordnung des Jodkalium in Milch. Es ist also gewifs, dafs die Ursachen des Jodismus anderswo zu suchen sind, wenn es nicht gelingt, ihn in der früher erwähnten Weise zu verhindern. MUCK glaubt aus der im Speichel vorkommenden Quantität des Rhodan Schlüsse auf das Auftreten des Jodismus ziehen zu können. Er fand nämlich, dafs diejenigen Individuen, in deren Speichel sich viel Rhodan vorfand, das Jodkalium nicht vertrugen, während diejenigen, in deren Speichel wenig oder kein Rhodan vorkommt, das Jodkalium vertragen. Das Rhodan wies er mit verdünntem Eisenchlorid nach, nachdem er den Speichel zuvor mit einer verdünnten Salzsäurelösung angesäuert hatte; wenn viel Rhodan im Speichel enthalten ist, nimmt derselbe eine dunkelbraune Färbung an; bei geringem Rhodangehalt verändert sich die Farbe des Speichels bei diesem Reagens nur wenig. Auf diese Weise, könnte man schon im vorhinein beurteilen, ob bei dem Betreffenden Jodismus auftreten wird oder nicht, insofern als der grofse Rhodangehalt des Speichels ein Fingerzeig für das Eintreten des Jodismus wäre. Ich habe diese Rhodanuntersuchungen bei meinen Kranken vorgenommen, habe jedoch die Erfahrung gemacht, dafs diejenigen Patienten, deren Speichel durch das erwähnte Reagens stark braun gefärbt wurde, bei denen also eine gröfsere Menge von Rhodan vorhanden war, das Jodkalium gegebenenfalls ebensowenig vertrugen und bei ihnen schwächerer oder stärkerer Jodismus in demselben Mafse vorkam wie bei denjenigen, bei welchen das Rhodan im Speichel nur in geringerer Menge nachgewiesen werden konnte.

Ich habe 30 Kranke mehrfach sowohl vor Verordnung des Jodkaliums als während des Gebrauchs desselben auf Rhodan untersucht. Abgesehen davon, dafs die Quantität des Rhodans bei einem und demselben Individuum schwankt, bald gröfser, bald kleiner zu sein pflegt, fand ich Fälle, in denen die Betreffenden trotz des Vorkommens einer gröfseren Menge von Rhodan das Jodkalium ziemlich gut vertrugen, hingegen trat bei anderen auch bei geringerem Rhodangehalt Jodismus auf. Daraus ergab sich denn für mich das Resultat, dafs man

weder an dem Schwanken des Rhodans von Fall zu Fall noch aus dessen Vorkommen oder Fehlen den etwa auftretenden Jodismus im voraus bestimmen kann.

Richet und Toulouse haben vor ungefähr zwei Jahren von ihrer wichtigen Erfahrung Mitteilung gemacht, dafs der Organismus das Brom sehr gut verträgt, wenn wir vom Organismus das Chlor fernhalten und chlorfreie Diät verordnen. Dieses Verfahren wendeten sie bei epileptischen Kranken an, wodurch sie die Epileptiker für das Brom empfänglicher machten. Dadurch setzten sie die epileptischen Anfälle auf das Minimum herab. Die Wirkung der chlorfreien Diät ist mehrfach bestätigt worden. Bei uns hat Rudolf Bálint über ausgezeichnete Resultate mit salzfreier Diät berichtet. In der Diskussion, die sich an seinen Vortrag im Ärzteverein (20. April 1901) anschlofs, empfahl Alexander Ferenczi die Übertragung von Bálints Methode auf das Jod bei Lues. Die Erfahrungen Richet-Toulouses und R. Bálints haben mich auf folgenden Gedanken gebracht: wenn wir im stande waren, den Organismus mit chlorfreier Diät für das Brom empfänglich zu machen, so kann es uns vielleicht gelingen, denselben mit einem ähnlichen Verfahren für ein anderes Halogen, also für das Jod zugänglich zu machen.

So habe ich denn bei meinen Kranken die von Richet und Toulouse festgesetzte chlorfreie Diät angewendet. Wenn diese Diät mit Erfolg schon bei der Behandlung mit Brom nur mit vielen Schwierigkeiten, ja — wie auch Bálint betont — bei Epileptikern am passendsten nur in Sanatorien durchgeführt werden kann, so wird sie bei syphilitischen Kranken, die schliefslich ihrer täglichen Beschäftigung resp. ihrem Berufe entziehen müfsten, damit sie der Behandlung mit Jod, d. h. blofs der Kur leben sollen, grofsen Schwierigkeiten begegnen. Aber auch so erfordert die genaue Einhaltung der chlorfreien Diät einen starken Willen.

Ich verbot nun anfangs meinen Patienten das Salzen jeder Speise, aber mit Rücksicht auf die eingetretenen Hindernisse, da die Kontrolle auch bei einem Kranken, der die Diät streng einhält, oft ganz unmöglich ist, und namentlich weil die gemischten Speisen ohne Salz kaum genieſsbar sind, beschlofs ich, meinen Patienten nur Milchdiät (bezw. den Genufs von in Milch gekochten ungesalzenen Nahrungsmitteln zu gestatten. Die Diät war die folgende: In Milch gekochte Mehlspeisen, Reis, Butter-Mehlspeisen ohne das geringste Salz und Obst. Selbstverständlich gelangt auch dann mit den Nahrungsmitteln Chlor in den Organismus, aber in verschwindend kleiner Menge.

Die Kranken vertrugen diese Diät ziemlich gut; auch dauerte die Einhaltung derselben nicht lange, da es sich nur um 3—4 Tage handelte, denn ich verordnete von den Jodkalien gewöhnlich 5%ige Lösungen (Jodkalium 5,0, Aqua dest. 100,0) auf 2—3 Tage. Und um den Organismus

auf die Jodbehandlung vorzubereiten, verordnete ich die salzlose Diät gewöhnlich zwei Tage vor Beginn der Jodkur. Bei diesem planmäfsigen Verfahren tauchten folgende Fragen auf: 1. Wird der Organismus für das Jod empfänglicher, wenn wir das Chlor vom Organismus fernhalten; ist infolge dessen auch weniger Jod im stande, die Krankheitserscheinungen zur Rückbildung zu bringen? 2. Wenn die Jodalkalien in den üblichen Dosen in den Organismus gelangen, kann der Jodismus mit der chlorfreien Diät vermieden werden? Was den Teil der ersten Frage betrifft, ob bei chlorfreier Diät auch weniger Jod in gleichem Mafse fähig ist, die Krankheitserscheinungen zur Rückbildung zu veranlassen, habe ich gefunden, dafs dieselben bei Anwendung von wenig Jod erst nach längerem Gebrauche verschwinden. Die resorbierende Wirkung der Jodalkalien auf die syphilitischen Produkte kann den Erfahrungen entsprechend nur bei Verwendung einer gröfseren Menge von Jodalkalien und nach längerem Gebrauche derselben eintreten. Die Ursache dieser Erscheinung ist darin zu suchen, dafs die Jodalkalien im Gegensatz zu anderen die Resorption befördernden Mitteln, z. B. dem Quecksilber, nur kurze Zeit im Organismus remanent bleiben. (Welanders Untersuchungen; vergl. *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1901.) Ob wir mit chlorfreier Diät den Organismus für das Jod empfänglicher gemacht haben, darüber müssen wir noch mehr Untersuchungen anstellen und Erfahrungen sammeln.

Über die zweite Frage, ob wir mit der chlorfreien Diät den Jodismus vermeiden können, konnte ich genaue Beobachtungen durchführen; und diese Frage interessierte mich diesmal auch mehr, denn wenn die chlorfreie Diät das Auftreten des Jodismus zu verhindern vermag, mufs derselbe sowohl nach kleineren als nach gröfseren Quantitäten von Jod ausbleiben. Ich mufste darum untersuchen, wie sich der Organismus dem Jod gegenüber verhält, wenn wir seinen Chlorbedarf mit Jod ersetzen. Ich erachte es noch für notwendig hier zu erwähnen, dafs wir auf Grund der Forschungen mehrerer Autoren (so Justus) wissen, dafs im menschlichen Organismus in den Zellen fast jedes Organs Jod — physiologisch — vorkommt.

Ich hatte meine Untersuchungen über die chlorfreie Diät zum gröfsten Teile beendigt, als Max Weiss[5] kurzer Aufsatz erschien, in dem er die Krankengeschichte einer 42jährigen an Lues erkrankten Frau mitteilt, deren späte Syphilide er während mehrerer Wochen erfolglos mit Quecksilber und Jodnatrium behandelte. Die Patientin verhielt sich sowohl Quecksilber als Jod gegenüber refraktär. Das Jodnatrium verursachte unangenehmen Jodismus, und als er wegen der sich zu dem Leiden ge-

[5] *Orvosi Hetilap.* 1. Sept. 1901.

sellenden Nephritis der Kranken eine Milchkur verordnete und nach deren zweiwöchentlichem Gebrauche der Patientin — die er auch fernerhin neben der Milchkur zu salzloser Diät anhielt — neuerdings Jodnatrium gab, blieben die früheren unangenehmen Jodintoxikationserscheinungen alle aus. ARTHUR HASENFELD[6] ging gleichfalls von den Erfahrungen RICHETS und TOULOUSES aus und verabreichte den Kranken, bei denen Jodbehandlung am Platze war, die Jodsalze im Brot. Zu den 150 g schweren Brötchen gab er statt Kochsalz 0,5 g Jodsalz. Das Jodopan verordnete er bei 15 nicht syphilitischen Kranken 2—3mal täglich, ohne dadurch unangehme Nebenerscheinungen wahrzunehmen.

Die chlorfreie Diät habe ich in der oben skizzierten Weise im ganzen bei 28 syphilitischen und zwei nicht an Syphilis leidenden Kranken angewendet. Unter diesen dreifsig hatten zwölf vorher nie Jodalkalien bekommen, achtzehn dagegen hatten sie gegen Syphilis mehrfach gebraucht. Im Speichel des einen der beiden nicht syphilitischen Individuen fand sich wenig Rhodan vor.

Der erste (J. S., 30 J.) bekommt am dritten Tage der salzlosen Diät morgens einen Eflöffel Jodkalium in Milch, mittags zum zweiten Male einen Eflöffel Jodkalium: er hält die chlorfreie Diät streng ein. Abends trat mit den Symptomen von starkem Schnupfen, Thränen und Kopfschmerz starke Jodvergiftung auf.

Bei dem zweiten Kranken (A. M., 38 J., Ingenieur), bei dem Syphilis gleichfalls ausgeschlossen war, und in dessen Speichel Rhodan vorkam, verordnete ich neben chlorfreier Diät Jodkalium. Jodismus trat nicht auf.

Meine übrigen Fälle rekrutierten sich teils aus der Maschinenfabrikskrankenkasse und aus meiner Ordination in dem Institut „Teleia", teils aus meiner Privatpraxis. Als die typischsten erwähne ich nur folgende Fälle:

G. S., 27 J., Schlosser, acquirierte vor 1½ Jahren Syphilis. Er wurde mehrfach mit Quecksilber behandelt, aber obgleich er das Quecksilber sehr gut vertrug, konnte er überhaupt kein Jod nehmen. Nach dem ersten Eflöffel Jodkalium bekam er immer starken Schnupfen, Kopfschmerz und Hautausschläge. In seinem Speichel ist viel Rhodan enthalten. Den übrigens sehr intelligenten Patienten — der sich verheiraten wollte und schon deshalb um so eher von seiner Krankheit befreit zu werden wünschte und sich zu jeder Kur bereit erklärte — hielt ich zu strenger chlorfreier Diät an. Das am dritten Tage dieser Diät verordnete Jodkalium verursachte keinerlei Jodismus. Er nahm das Jodkalium vier Tage, dann nach dreiwöchentlicher Pause hielt er wieder Milchdiät, worauf er das Jodkalium wieder vertrug.

Bei J. R., 25 J., Syphilis seit zehn Monaten. Er wurde mehrmals mit Quecksilber behandelt. Am 20. Oktober beendete er eine Quecksilberkur. In seinem Speichel viel Rhodan, darauf bekommt er neben chlorfreier Diät Jodkalium. Am 21. ein wenig Kratzen und Trockenheit in der Kehle. Am 22. und 23. setzt er mit Jodkalium fort. Keine Spur von Jodismus.

---

[6] *Orvosok Lapja.* 21. Nov. 1901.

S. S., 21 J. Im September 1900 Sklerosis, Roseola. Er bekam 15 Quecksilberinjektionen; drei Wochen nach der Quecksilberbehandlung, am 20. Okt. bekam er bei salzloser Milchdiät 5%ige Jodkaliumlösung. Es zeigte sich kein Jodismus. Wenig Rhodan. Am 22. Oktober Zeichen geringer Kehlkopfirritation. Trockenheit, Kratzen in der Kehle.

L. M., 30 J., Journalist, bekommt wegen Sklerosis, bald wegen seiner Roseola Quecksilberinjektion, worauf sehr schwere Stomatitis, Gingivitis mercurialis eintrat. Aufser lokaler Behandlung (der Patient konnte keine härteren Speisen kauen) bekommt er Milchkur, dann innerlich Jodkalium. Nach dem zweiten Eßlöffel Jodkalium zeigte sich sehr starker Kopfschmerz, Schnupfen und Schmerzen in der Umgebung des Trigeminus. Dieser Kranke vertrug also weder das Quecksilber noch das Jodkalium. Ich verordnete ihm das übliche Sarsaparilladekokt u. ä., nach drei Wochen wieder eine Quecksilberinjektion. Damals trat kein Merkurialismus auf. Nach zehn Quecksilberinjektionen versuchte ich nach Verlauf einer Pause von 3—4 Wochen wieder Jodkalium, aber es zeigte sich wieder starker Jodismus.

So konnte ich in meinen 30 Fällen bei fünf meiner Kranken Idiosynkrasie gegen das Jod beobachten. Bei diesen erwies sich die Behandlung mit Jod auch bei der strengsten chlorfreien Diät als unmöglich.

Von 16 syphilitischen Kranken, die schon früher Jodalkalien nahmen, konstatierte ich bei 8 überhaupt keinen Jodismus. Bei 3 zeigte sich ziemlich starker Jodismus, bei 3 schwacher Jodismus, bei 2 Idiosynkrasie gegen das Jod. Von 12 an Syphilis leidenden Patienten, die früher keine Jodalkalien genommen hatten, trat bei chlorfreier Diät bei 5 geringer Jodismus, bei 2 hochgradiger Jodismus (Idiosynkrasie) auf, die übrigen 5 vertrugen bei chlorfreier Diät die Behandlung mit Jod gut.

Demgemäfs vertrug unter 30 Individuen bei chlorfreier Diät von den zwei nicht syphilitischen Kranken einer das Jodkalium nicht. Von meinen 28 syphilitischen Patienten vertrugen vier das Jodkalium nicht (Idiosynkrasie). Von den 24 übrigen Individuen vertrug mehr als die Hälfte die Jodalkalien gut, bei den anderen trat Jodismus auf.

Ob die chlorfreie Diät den Organismus für das Jod empfänglicher machte, das werden erst meine weiteren Versuche zeigen. Ebenso halte ich es für notwendig, die Versuche fortzusetzen, wie die Kranken die übrigen Jodpräparate (Jodalbacid, Jodipin) bei chlorfreier Diät vertragen.

Meine bisher angestellten Untersuchungen zeigen, dafs der Jodismus nach Gebrauch der Jodalkalien trotz der chlorfreien Diät auftritt. Mit chlorfreier Diät kann man das Auftreten des Jodismus nicht verhindern.

Aus der Praxis.

Die Massage der Urethra.

Vortrag, gehalten in der Berliner dermatologischen Gesellschaft am 4. Februar 1902.

Von

Dr. Berger-Berlin.

Mit zwei Figuren im Text.

Meine Herren!

So häufig auch in der Urologie die Massage der Prostata ihre Anwendung findet, ist bis heute doch noch kein Verfahren zur Massage der Urethra — im strengen Sinne des Wortes — bekannt. Und doch liegt das Bedürfnis zu dieser mechanischen Behandlung des chronischen Trippers sicherlich vor, wenigstens hat man versucht durch Massage des Penis indirekt auf die Urethra einzuwirken. Die Ausführung dieser Penismassage, wie ich sie nennen möchte, ist bekanntlich im grofsen ganzen derart, dafs der Penis an seiner Wurzel zwischen die Finger gefafst und nun nach der Spitze hin streichende Bewegungen gemacht werden. Dafs diese wegen sofort eintretender Erektionen nur wenige Male ausgeführt werden konnten, leuchtet ohne weiteres ein und nimmt diesem Verfahren wegen der geringen Wirkung jeglichen Wert.

Eine andere Art der Penismassage besteht darin, dafs nach Einführung einer Metallbougie der Penis auf dieser massiert wird.

Dafs aber auch dieses Verfahren nicht allen Indikationen bei der Behandlung der chronischen Gonorrhoe gerecht zu werden vermag, beweist z. B. der Umstand, dafs bei chronisch entzündlichen Affektionen der Urethraldrüsen die in diesen sitzenden Pfröpfe bei dieser Art der Massage nicht nur nicht entfernt, sondern vielmehr noch tiefer in das Drüsenlumen hineingedrückt werden.

Dieser Übelstand ist auch von anderer Seite richtig erkannt worden und vor ca. 1½ Jahren hat Dr. Möhlau in Buffalo ein kombiniertes Verfahren angegeben,[1] wonach er der Penismassage zwischen den Fingern eine Spülung anschlofs und dann nochmals die Massage auf der eingeführten Sonde fortsetzte. Diese drei aufeinander folgenden Mafsnahmen bedeuten aber, ganz abgesehen von ihrer Wirkung, nicht nur eine harte Probe der Widerstandsfähigkeit und Geduld von Seiten des Patienten, sondern auch von Seiten des behandelnden Arztes. Aus diesem Grunde

[1] *Therap. Monatsh.* 1900. No. 8.

dürfte wohl die kombinierte Methode der Penismassage kaum Anhänger gefunden haben, noch finden.

Will man nun zur Behebung der chronischen Gonorrhoe die Massage anwenden, so ist ersichtlich, dafs dies nicht auf manuellem, sondern nur auf instrumentellem Wege möglich ist. Das Instrument nun, vermittels dessen ich seit 1½ Jahren die Massage, und wie ich von vornherein erwähnen möchte, die Massage der Urethra anterior ausführe, hat folgende Form:[1]

Ein 16 cm langes Metallrohr mit Trichteransatz, nach Art der Endoskope, hat an seinem vorderen Ende vier Längsschlitzen von 7 cm Länge und 2 mm Breite. Wird das Instrument, dessen sorgfältige Ausführung jede scharfe Kante vermieden, in die Urethra eingeführt, so fällt die Schleimhaut, wie man sich durch einen Reflektor überzeugen kann, in die Längsschlitzen hinein und bildet vier in das Lumen des Rohres vorspringende Leisten. — Als mittlere Stärke des Rohres hat sich am zweckmäfsigsten No. 20—21 Charrière erwiesen. Bei zu dickem Kaliber würde die Schleimhaut infolge zu starker Spannung sich nicht in das Lumen des Rohrs hineinlegen; bei zu dünnem Kaliber hinwiederum zu weit in das Innere vorspringen, dadurch die Schleimhautleisten sich gegenseitig berühren und dann der später einzubringenden Flüssigkeit keinen Raum zwischen sich gewähren.

Hat man nunmehr das Instrument gut eingefettet dem Patienten in liegender Stellung eingeführt, dann gieſst man von oben in den Trichter 3—4 ccm einer nicht zu kohärenten, am zweckmäfsigsten aus gleichen Teilen Glycerin und Wasser bestehenden Flüssigkeit, welcher man, um neben der mechanischen noch eine chemische Wirkung zu erzielen, Medikamente wie Argentum nitricum, Jod, Ichthyol etc. zusetzen kann. Indem man jetzt mit den Fingerspitzen der linken Hand ganz lose die Glans penis umfafst, führt man mit der rechten am Trichterrande, nicht zu brüske Drehungen mehrere Minuten aus und bringt dann den geschlitzten Teil des Instruments eventuell an eine andere zu massierende Stelle. Auf diese Weise wird die bei den Umdrehungen stets in die Schlitze hineinspringende Schleimhaut von den stumpfen Rändern der Spangen ohne die geringste Schmerzempfindung, nur mit Gefühl einer Reibung, massiert.

Die Schlitze selbst sind deshalb nicht durch das ganze Rohr fortgeführt, weil die Spangen in dieser Länge wegen ihrer federnden Kraft in der Mitte sich sonst zusammenlegen und der Schleimhaut den Durchtritt durch die Schlitzen erschweren würden, ein anderes, nicht federndes

---

[1] Erhältlich in allen Berliner chirurgischen Instrumentenhandlungen und im medizinischen Warenhaus, Friedrichstrafse, zum Preise von 12,50 Mark.

Material jedoch, wie beispielsweise Hartgummi, sich für diese Zwecke als unbrauchbar erwiesen hat. Auch die Schlitzbreite von 2 mm ist für den Durchtritt der Schleimhaut und für die Brauchbarkeit des Instruments die geeignetste.

Will man mit der Massage der Urethra gleichzeitig eine Spülung verbinden, so schraubt man auf das endoskopartige Instrument *E* ein Rohr *B* von 8 cm Länge am Boden des Trichters an. In dieses paſst ein zweites ebenfalls durch *M* anschraubbares und im Metallkolben *K* sich leicht drehendes Rohr mit getrenntem Zu- und Abfluſs (1 u. 2).

Nachdem nun dem Patienten, in diesem Falle am besten in stehender und angelehnter Stellung, das Instrument eingeführt, wird dasselbe bei 1 mit einem Irrigator verbunden, dessen Ausflufsöffnung sich jedoch nicht höher als 20—30 cm von jenem befinden darf. Bei zu starkem Druck würde sonst die Flüssigkeit durch die Schlitze hindurch und die Schleimhaut zurückdrängen. Nunmehr läſst man unter denselben Drehungen am

Fig. 1.

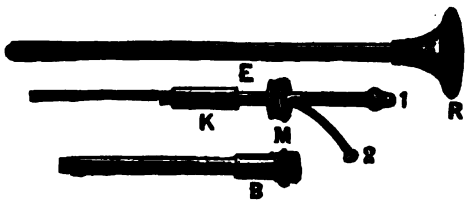


Fig. 2.

Trichter, wobei das Zu- und Abfluſsrohr mit dem Irrigatorschlauch vermöge des sich leicht drehenden Metallkolbens in vollkommener Ruhelage verharren, 1—2 Liter warmen Wassers, dem ebenfalls zur Erhöhung der Wirksamkeit Medikamente der verschiedensten Art hinzugesetzt werden können, durchlaufen. Das Wasser nimmt seinen Weg bis zur Spitze des Instruments und wird dann rückläufig durch das Abfluſsrohr (2) in einem darunter befindlichen Gefäſs aufgefangen, so daſs ein Benetzen mit Flüssigkeit vollkommen ausgeschlossen ist. Auch hierbei hat der Patient nur die Empfindung einer Reibung, nie eines Schmerzes, vorausgesetzt, daſs man nach Ablauf des Wassers nicht weitere Drehungen in der trockenen Harnröhre macht.

Daſs aber in der That eine Massage, d. h. eine Reibung und ein Auspressen der Urethralschleimhaut stattfindet, davon kann man sich leicht durch den Versuch überzeugen. Spült man die Urethra mit einem Nelatonkatheter aus, bis das Spülwasser klar abläuft und wendet dann

die Spülmassage an, so wird man, je nach der Lage des Falles immer noch eine mehr oder minder grofse Masse pathologischer Beimengungen im Spülwasser finden.

Was nun für die Indikationsstellung der Massage im allgemeinen, gilt natürlich auch im besonderen für die Massage der Urethra. Akute entzündliche Reizerscheinungen bilden eine Kontraindikation für dieselbe; chronische, noch nicht der bindegewebigen Schrumpfung unterworfene, also die sogenannten weichen Infiltrate, ferner Exsudate der Drüsen, die chronischen Formen der granulierenden Urethritis, auch die mehr auf der Oberfläche der Schleimhaut sich abspielenden Prozesse wie Epithelauflagerungen und Verdickungen etc. bilden deren Hauptdomäne. Dabei hat diese Methode der Spülmassage vor andern, beispielsweise der Dilatationsbehandlung mit gleichzeitiger Spülung, den Vorteil voraus, dafs sie ohne jedwede Beschwerde täglich angewandt werden kann und dafs die Schleimhaut, nicht verdeckt von den Branchen des Dilatators, in ihrer ganzen Ausdehnung der Behandlung zugängig gemacht wird.

Meine Herren! Indem ich darauf verzichte, Ihnen eine ausführliche Statistik der während eines Zeitraumes von 1½ Jahren von mir behandelten Fälle vorzulegen, gebe ich am Ende meiner Ausführungen der Hoffnung Ausdruck, dafs Sie gleich mir bei Anwendung dieses Verfahrens dieselben günstigen Resultate in der Behandlung der chronischen Gonorrhoe erzielen werden.

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 4. Februar 1902.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

1. Lipmann-Wulf demonstriert einen 38jährigen Mann, bei welchem im unmittelbaren Anschlufs an eine Pneumonie (1893) eine **hochgradige Erweiterung der oberflächlichen Venen** an den unteren Extremitäten und der rechten Rumpfhälfte entstanden ist. Als Ursache dieser aufserordentlichen Rarität betrachtet der Vortragende die Thrombose tiefliegender Venen infolge der akuten Infektionskrankheit. Der Thrombus begann vermutlich in der linken Vena iliaca communis und breitete sich durch die Vena cava inferior hindurch allmählich auf die rechte Seite aus, wobei aber der Verschlufs dieser wichtigen Gefäfse vermutlich nie ein vollkommener war. Als kollaterale Bahnen haben sich dann allmählich die Varicen ausgebildet, erst am linken Bein, dann rechts. Es sind erweitert Vena Saphena minor und magna, Vena circumflexa ilium, Vena epigastrica inferior. Um den Nabel starkes Caput medusae. Die Strömungsrichtung des Blutes ist überall von unten nach oben und es ist anzunehmen, dafs an Stelle der verschlossenen tiefliegenden Venen nun

diese oberflächlichen das Blut in das Gebiet des rechten Vorhofes gelangen lassen. Das Gebiet der Vena portae ist vermutlich nicht beteiligt, da niemals Ascites und Darmstörungen bestanden haben. Patient hat trotz schwerer Arbeit (Möbelträger) wenig Beschwerden; nur ein Ulcus cruris entstand im letzten Jahr am linken Unterschenkel. Dafs der Prozefs im Gefäfssystem noch nicht zur Ruhe gekommen ist, beweist eine in den letzten 14 Tagen entstandene Thrombose in der Vena circumflexa ilium in ihrem Verlauf zur Vena thoracica longa.

2. Pinkus stellt eine Frau mit ausgebreitetem **Lichen ruber planus** vor, welcher sich auch auf die Genitalregion erstreckt hat und dort leukoplakieähnliche Veränderungen erzeugt hat. Die Effloreszenzen am Rumpf und den Extremitäten sind grofs und stark gedellt. Ganz besonders deutlich ist die Delle an der Vola manus zu erkennen und gleicht hier der torpiden Form der Psoriasis vulgaris palmae manus sowie dem Beginn des Clavus syphiliticus. Die Patientin hat trotz hoher Dosen Arsen (innerlich und subcutan) bisher keine wesentliche Besserung erfahren.

Diskussion: Lesser erwähnt eine Anzahl von Lichen planus-Fällen, in welchen die therapeutische Wirkung des Arsens im Stich gelassen hat. Die Effloreszenzen erscheinen an gewissen Körperstellen, namentlich an den Genitalien bei Frauen und bei Männern und am Anus, häufig dem Aussehen der Leukoplakie ähnlich.

3. Richter spricht im Anschlufs an die Demonstration eines Patienten mit frischer Lues, der in der **Wasserheilanstalt** eines Berliner Kurpfuschers fast ein Jahr lang erfolglos behandelt wurde, über die **Schädigung der Kranken und der Allgemeinheit** in derartigen Instituten. Besonders sei der Hinweis auf die herrschende Unsauberkeit und namentlich auf den Mangel jeder Desinfektionsmafsnahme (z. B. der Wäsche nach dem Gebrauch bei derartigen ansteckenden Hautleiden wie Patient es darbot) hervorgehoben.

Diskussion: Lesser empfiehlt die Abgabe derartiger Feststellungen mit genauen Daten an das Reichsgesundheitsamt als die Behörde, welche im stande ist, Schritte zur Abhilfe zu ergreifen.

Rosenthal schliefst sich dieser Auffassung an.

Ledermann erwähnt, dafs gerade in solchen Fällen, wo die Syphilitiker durch lange Vorenthaltung des Quecksilbers (Schrotheche Kur, Wasserverfahren) körperlich sehr heruntergekommen waren, die Darreichung des Hg von einer rapiden Zunahme des Gewichts begleitet wurde.

4. Rosenthal demonstriert ein 32jähriges Mädchen mit **Lupus erythematodes** im Gesicht und erheblichen Veränderungen an den Händen. Letztere bestehen seit etwa zehn Jahren, die Affektion des Gesichts erst seit etwa drei Jahren. An den Händen und Fingern, dorsal und palmar, bestehen blaurote Flecke mit narbigem Centrum, welches wie mit Stecknadeln durchstochen aussieht. Es handelt sich hier um die als **Lupus pernio** bezeichnete Varietät des Lupus erythematodes. Die Nägel sind dünn, längsrissig, grau mifsfärbig fast an allen Fingern. Tuberkulose in der Familie ist anamnestisch nicht nachweisbar, Patientin selbst scheint eine leichte Spitzenaffektion zu haben.

Diskussion: Pinkus hat die Patientin vor $^3/_4$ Jahren mehrere Monate lang beobachtet. Er hat die bläulich-kalten Hände nur als Begleiterscheinung der allgemeinen Anämie und mangelhaften Zirkulation angesehen ohne auf den Gedanken zu kommen, dafs die Affektion eine Überleitung zu den ausgesprochen Fällen von Lupus pernio der französischen Autoren darstellte, stimmt aber der Ansicht Rosenthals zu.

Lesser erwidert auf eine Anfrage Ledermanns, welcher die Zuweisung von Lupus erythematodes-Fällen an das Lichtinstitut empfiehlt, dafs er bisher nur wenige Fälle

von Lupus erythematodes mit Finsenscher Lichtmethode behandelt habe; der Erfolg war nicht schlecht, doch nicht annähernd so zuverlässig wie beim Lupus vulgaris. Er glaubt, dafs besonders diese Fälle mit stärkerer Schwellung für die Lichttherapie geeignet wären.

Holländer verspricht, in der Berliner medizinischen Gesellschaft geheilte Fälle von besonders grofser Ausdehnung zu demonstrieren.

Rosenthal macht darauf aufmerksam, dafs es sich hier nicht um eine diffuse Cyanose der Hände sondern um circumscripte blaue Plaques handele. Die Form des Lupus pernio verdient unter diesem Namen geführt zu werden, weil sie als typisches Krankheitsbild beschrieben worden ist. Die Auffassung, welche diese grundlegende Beschreibung französischer Autoren begleitet, dafs der Lupus pernio eine Mischform von Lupus erythematodes und tuberkulösem Lupus sei, weist Rosenthal zurück, die Affektion sei nur eine Varietät des gewöhnlichen Lupus erythematodes.

5. Holländer zeigt a) einen operierten Fall von **Peniscarcinom**, das sich kurze Zeit nach der Operation einer hochgradigen kongenitalen Phimosis ausgebildet hatte. Bei der Amputation des Penis wurde die Cutis entropioniert, um den Prolaps der Urethralschleimhaut zu verhindern. Vortragender hat nie ein Peniscarcinom bei Circumcidierten gesehen. Er erwähnt die gleiche Erfahrung Israels.

Diskussion: Lesser erwähnt aus der Statistik Winiwarters, dafs Peniscarcinom in 75% der Fälle mit hochgradiger Phimose vereint sei.

b) eine Kranke mit vielfachen **pathologischen Bildungen im Venensystem: Angiomen, Venektasien, Varicen.**

c) eine Kranke mit **Lupus des Gesichts**, der vor sechs Jahren von ihm mit Heifsluftkauterisation behandelt worden ist. Das Rezidiv ist erst nach mehreren Jahren in einer relativ oberflächlichen, gutartigen Form wiederaufgetreten. Am übrigen Körper bestehen hochgradige **tuberkulöse Hautaffektionen**, die **serpiginös angeordnet** sind und im Centrum eine spontane Abheilung mit eigentümlich knittriger atrophischer Narbe zeigen. Ein grofser Teil derselben ist vor Jahren durch Heifsluftkauterisation mit glatter Narbe verheilt und rezidivfrei geblieben.

Diskussion: Lesser sah diese serpiginösen Hauttuberkuloseformen nicht selten, sie haben zuweilen vollkommen das Aussehen serpiginöser Syphilide. Die Patientin ist ein Beispiel für die Unzuverlässigkeit anamnestischer Feststellungen; sie hat ihm selbst vor wenigen Tagen angegeben, dafs die Operation Holländers an ihr erst vor einem Jahre vorgenommen worden sei.

6. Heller demonstriert einen jungen Mann mit derben, äufserst schmerzhaften Infiltraten in der Muskulatur des linken Oberarms, die im Verlaufe einer Gonorrhoe als 12 × 4 cm grofser Knoten entstanden sind. Ihrem Auftreten ging eine Affektion des Schultergelenks voraus, durch Jodkalium erfolgte in drei Tagen rapide Verkleinerung und Verschwinden der Schmerzen. Es handelt sich um **Myositis gonorrhoica**. In einem Falle der Litteratur (Ware), in welchem ein solches Infiltrat incidiert worden war, fanden sich in den excidierten Partien Gonokokken. Patient hat zwar vor einigen Jahren Syphilis acquiriert, welche mehrfach rezidivierte (zuletzt vor einem halben Jahr) und behandelt wurde, doch schliefst Vortragender einen Zusammenhang der jetzt vorhandenen Affektion mit Syphilis aus wegen des Vorhandenseins der Gelenkerkrankung, die nach Lewin der interstitiellen syphilitischen Myositis nicht vorangeht, wegen der starken Schmerzhaftigkeit, der aufserordentlich schnellen Entstehung. Auch ein Trauma als Ursache ist auszuschliefsen.

7. Berger demonstriert ein mit Längschlitzen versehenes **Metallrohr** von ca. 20 Charrière **zur Massage der Urethralschleimhaut.** (Dieser Vortrag ist in dieser Nummer der *Monatshefte* auf S. 247 ff. in extenso abgedruckt.)

8. Lehrmann demonstriert mikroskopische Präparate und Kulturen von einer **durch Bacterium coli erzeugten Urethritis anterior**, die im Anschluſs an eine mit vielen Komplikationen (Cowperitis, Cystitis, Prostatitis, Präputialabceſs und Lymphangitis) bei einem älteren Manne verlaufene Blennorrhoe entstand. Das in den tieferen Harn- und Sexualorganen nicht selten Erkrankungen hervorrufende Bacterium coli ist nach Guyon für die Urethra anterior fast ausnahmslos nur ein Microbe de passage und haftet nicht auf ihr. Der Übergang in die Anterior ist hier entweder durch die Lymphbahn erfolgt (Lymphangitis praeputialis ist voraufgegangen) oder vom Mastdarm in die Blase (Prostatitis). Unter Urotropin und Janetschen Spülungen mit Sublimat 1 : 30000 erfolgte vollkommene Heilung.

Fachzeitschriften.

Bolletino delle malattie veneree, sifilitiche e della pelle.

1902. No. 1.

Ehescheidung wegen Syphilis. In einem Ehescheidungsprozesse hatte Prof. Profeta ein Gutachten abzugeben und unter anderen die Frage zu beantworten, ob der Beischlaf mit einem syphilitischen Ehemann eine luetische Infektion der Frau zur Folge haben könne. Aus den Akten und der körperlichen Untersuchung der Beteiligten war erwiesen, daſs der Mann syphilitisch, daſs aus der Ehe zwei syphilitische Kinder hervorgegangen waren, während die Frau selbst keine Zeichen einer derartigen Infektion aufwies. Gestützt auf das Colleesche Gesetz nimmt Profeta zwar an, daſs die Frau mit aller Wahrscheinlichkeit einer syphilitischen Infektion durch ihren Ehemann auch fernerhin entgehen werde, daſs aber für die eventuell nachfolgenden Kinder eine spezifische Infektion wahrscheinlich sei und andererseits der Frau durch das wiederholte Gebähren toter Früchte eine Lebensgefahr erwachsen könne.

C. Müller-Genf.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1901. Heft 6.

Experimentelle Untersuchungen über Trichophyton und Favus, von Truffi. (Fortsetzung.) Verfasser fährt mit der Beschreibung der Morphologie und Bakteriologie fort und schlieſst daran die Resultate seiner Experimente.

Abnorme squamöse Dermatosen, von V. Casoli. (Fortsetzung.) Beschrieben werden zunächst noch die Pityriasis rosea von Gibert, die Pityriasis versicolor, dann wird zu den abnormen Formen der Pityriasis übergegangen und in drei Abschnitten behandelt: 1. Abnorme Formen in Bezug auf die Morphologie (Pityriasis mit vesikulösen Läsionen, Pityriasis psoriasiformis, Pityriasis mit Blasenbildung, Pityriasis mit papulösen Efflorescenzen, roseolaartige Pityriasis, Pityriasis mit atrophischen Läsionen). 2. Abnorme Formen in Bezug auf die Verteilung der Eruption (pityriasiforme Erythodermien in disseminierten Plaques). 3. Anomalien in Bezug auf den Ursprung (Pityriasis tabescentium, Pityriasis nach anderen Dermatosen, Dermatitis exfoliativa der Neugeborenen).

Verfasser weist auf die Thatsachen hin, dafs es schwierig ist, die Pityriasis als selbständige Dermatose zu definieren, weshalb er auch die Zahl der Hautformen derselben auf vier erweitert hat. Aus dem genannten Grunde können auch die sogenannten abnormen Formen der Pityriasis nur ganz bedingungweise als solche aufgefafst werden.

Klinischer, bakteriologischer und anatomo-pathologischer Beitrag zum Studium der Lepra systematica nervosa, der Syringomyelie und der Morvan'schen Krankheit, von Calderone. Auf Grund seiner Untersuchungen und gestützt auf eine bedeutende Zahl von Fällen, deren Krankengeschichten mitgeteilt werden, glaubt Verfasser, dafs zwar gewifs eine Anzahl von Fällen von Lepra als Syringomyelie aufgefafst worden sind, er ist aber der Ansicht, dafs damit noch kein Grund vorliegt, der Syringomyelie ihre Selbständigkeit als Affektion sui generis abzusprechen. Andererseits erlauben ihm seine Fälle, in klinischer Hinsicht wenigstens, nicht, die Morvansche Krankheit (Paresoanalgesie mit Panaritium) von der Gruppe der Lepra zu trennen.

Offener Brief an Professor Truffi, von Reale. In seiner Arbeit über „experimentelle Untersuchungen über Trichophyton und Favus" stellte sich Verfasser von den Untersuchungen Reales in derselben Frage sprechend, unter anderen die Frage, ob es denn wirklich erwiesen sei, dafs die Sporen und Mycelien von denen ausgegangen wird, wirklich Sporen und Mycelien von Trichophyton seien. Diesem Vorwurfe der Unvollständigkeit und Ungenauigkeit entgegnet Reale indem er auf die Mannigfaltigkeit seiner Untersuchungen hinweist (Untersuchung der Sporen und Hyphen im hängenden Tropfen, Resultat der Kulturen etc.). *C. Müller-Genf.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. *Penis, Urethra, Blase.*

Zur Technik der Phimosenoperation, von Hermann Schlosser. (*Centralbl. f. Chir.* 1901. No. 26.) Folgendes Verfahren hat Verfasser eingeschlagen: Anspannung der Penishaut gegen die Peniswurzel, schräge Durchtrennung des äufseren Blattes nach der einen, des inneren nach der anderen Seite nach Durchtrennung des Phimosenringes. Der schräge Wundspalt legt sich hinter den Sulcus coronarius quer in der Gestalt eines versogenen Rhombus. Sodann entsprechende Naht.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ulcerierte Paraphimose gefolgt von foudroyant verlaufendem Tetanus, von Favre. (*Lyon méd.* 1901. No. 22.) Ein 24jähriger Gärtner und Pferdeknecht hatte sich durch gewaltsames Zurückziehen des phimotischen Präputiums eine Paraphimose zugezogen, die allen vom Patienten selbst vorgenommenen Repositionsversuchen widerstand. Am vierten Tage ging er in die Klinik, wo an mehreren Stellen der Vorhaut und der Glans Ulcerationen, bezw. beginnende Gangrän konstatiert wurden; der einschnürende Ring wurde incidiert. Zwei Tage später traten die ersten Erscheinungen von Tetanus auf, dieselben steigerten sich sehr rasch, um nach Injektion von 0,1 Tetanusantitoxin und Verabreichung von Morphium und Chloral bedeutend abzunehmen. Wenige Stunden später wurden die Krampfanfälle aufserordentlich

heftig und zahlreich, 24 Stunden nach dem Erscheinen der ersten Tetanussymptome trat Exitus ein. — Es ist wohl sicher und bei der Beschäftigung des Kranken als Gärtner leicht zu verstehen, dafs derselbe sich bei seinen Versuchen, die Paraphimose zu reponieren, selbst mit Tetanusbacillen infiziert hat. *Götz-München.*

Die Operation der Hypospadie, von CARL BECK. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 45.) Verfasser benutzt die enorme Dehnungsfähigkeit der Harnröhre zur Operation der Hypospadie, indem er, statt eine neue Harnröhre zu bilden, die vorhandene benutzt, sie mobilisiert und nach vorn zieht; die Eichel wird dann durch zwei seitliche Lappen tunneliert, so dafs sich die vorgezogene Harnröhre in das Wundbett hineinlegen läfst und nun an der Eichelspitze durch Nähte fixiert werden kann; die Lappen werden dann über der Harnröhre vernäht. Mitunter durchstach er auch die Eichel mit einem spitzen Bistourie, zog mittelst einer PÉAUschen Zange die mobilisierte Harnröhre durch den neugeschaffenen Wundkanal und vernähte sie an der Eichelspitze. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von doppeltem Penis, kombiniert mit Blasenexstrophie und vier Ureterenmündungen, von CARL BECK-New York. (*Med. News.* 21. Sept. 1901.) Vorstehender Fall, welcher vor der chirurgischen Sektion der medizinischen Akademie von New York demonstriert wurde und nur mittelst der beigegebenen (3) Zeichnungen verständlich ist, ist einzig in seiner Art; in der Litteratur sind nur noch zwei Fälle von doppeltem Penis bekannt (v. VELPEAU und W. ACTON und von KÜTTNER.) Das Kind ist 5 Wochen alt, zeigt keine anderen Abnormitäten und ist gut genährt. B. will die Operation vornehmen, um einigermafsen normale Verhältnisse zu gestalten. *Stern-München.*

Statistische Betrachtung über Epitheliom des Penis, von F. D. PATTERSON-Philadelphia. (*Univ. of Penna. med. Bull.* Vol. XIV. No. 5.) Mit Fleifs und Eifer hat Verfasser 359 einschlägige Fälle aus der internationalen Litteratur zusammengestellt und tabellarisch geordnet mit Quellenangabe, Krankenbericht, Behandlungsmethode und Resultat. Aufserdem teilt er das Ergebnis seiner Studien mit unter den Rubriken: Häufigkeit, Ätiologie (Phimose), Lebensalter, venerische Erkrankungen, Trauma, direktes Kontagium, Anfang, Symptome, Pathologie, Art des Fortschreitens, Komplikationen, viscerale Metastasen. Diagnose, Prognose, Behandlung. Hieran schliefst er den Bericht über einen erfolgreich operierten Fall. Das Ergebnis seiner Studien läfst sich ungefähr folgendermafsen zusammenfassen: Das Epitheliom ist bei weitem die häufigste Art von Penis-Carcinom und bildet ca. 2% aller Krebse. Phimose sowie Traumen haben eine gewisse prädisponierende Bedeutung. Der Nachweis der Kontagiosität steht noch aus. Am häufigsten ist der Anfang an der Glans oder dem Präputium, höchst selten in der Urethra. Sofortige operative gründliche Entfernung der Geschwulst nebst den beteiligten Lymphdrüsen ist die einzige zweckmäfsige Behandlung. Dieselbe giebt bei rechtzeitiger Ausführung eine günstige Prognose. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die plastische Verhärtung der Schwellkörper des Gliedes, von JOSEF ENGLISCH. (*Wien. med. Wochenschr.* 1901. No. 23.) Man mufs die Verhärtungen der Schwellkörper des Gliedes trennen von denen der Schwellkörper der Harnröhre. Von ersteren ist hier die Rede. Dafs Entzündungen der Schwellkörper des Gliedes zu länglichen oder umschriebenen Verhärtungen führen können, ist zweifellos. Ähnliche können in der Eichel entstehen; Beispiele werden angeführt, ebenso ein Fall von Cavernitis der Schwellkörper. — Als plastische Verhärtung bezeichnet Verfasser Fälle, die von anderen benannt sind: Ganglien, Knoten, fibröse Entartung, fibroplastische Induration, Plaques fibroplastiques, Plaques indurées. RICORD unterscheidet eine

traumatische, entzündliche, syphilitische Induration; Tuffier: Induratio a) traumatica, b) inflammatoria, c) syphilitica, d) plastica (Blennorrhoe, Striktur, Fraktur des Corpus cavernosum, Gumma), e) sine causa. Die Ätiologie ergiebt als wichtigste Momente Blennorrhoe und Arthritis, demnächst Trauma. Viele Fälle geben gar keine ätiologischen Anhaltspunkte. — Die Induration stellt sich als knoten-, platten-, ringförmige Geschwulst von verschiedenem Sitz dar. Sie ist schmerzlos, nur bei der Erektion kann lebhafter Schmerz sich einstellen. Am bemerkenswertesten ist die Formveränderung des Gliedes, die sich natürlich auch besonders bei der Erektion bemerkbar macht. Das Wachstum ist ein langsames, eine Rückbildung gehört zu den Seltenheiten. Das Leiden hat nur durch die Funktionsstörung eine Bedeutung. — Die Therapie wird der Ursache (Entzündung, Lues, Arthritis, Diabetes) Rechnung tragen. Jodpräparate wirken bei allen Fällen etwas; viel ist nicht zu erzielen. Operative Eingriffe richten auch selten etwas aus. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Dilatatoren mit Spülvorrichtung, von Fr. Dommer-Dresden. (*Dtsch. Praxis.* 1901. No. 11.) Als ein Mifsstand des Kollmannschen Spüldehners hat sich im Laufe der Praxis ergeben, dafs die Branchen stets dieselben Flächen der Schleimhaut bedecken, diese daher von dem Spülwasser nicht berührt werden. Dommer konstruierte einen Spüldilatator, dessen Achse, um die anatomische Krümmung der hinteren Harnröhre nachzuahmen, um die Kante gebogen (beim Kollmannschen um die Fläche) ist; durch diese Änderung (siehe Abbildung) ist es möglich, die Branchen des Dilatators zu der bisher üblichen Stellung in eine Winkelstellung von 45° zu bringen; auch liegt beim Dommerschen Instrument der Ab- und Zufluſshahn in horizontaler Ebene, beim Kollmannschen in einer vertikalen. D. wendet seinen Dehner abwechselnd mit dem Kollmannschen an; damit werden die Schleimhautflächen auch der hinteren Harnröhre bespült, welche mit dem Kollmannschen Spüler nicht erreicht werden. Als Vorteil seines Apparates führt D. noch an, dafs der Colliculus seminalis von der Dehnungsbranche nicht betroffen wird. Die Dehnungen werden im allgemeinen ebenso gut vertragen wie mit dem anderen Spülinstrument; bezüglich Einführung, Handhabung, Reinigung gelten für beide die gleichen Vorschriften. *Stern-München.*

Eine modifizierte Handhabe des Harnröhrendilatators, von Fred. C. Valentine-New York. (*New York med. Journ.* 15. Juni 1901.) Mit Recht sieht es der auf dem Gebiete der Urogenitalkrankheiten sehr bekannte Verfasser als Übelstand an, dafs bei den Dilatatoren von Oberländer und Kollmann das Ablesungsblatt auf der Seite des Handgriffes ist, wodurch es dem Operator nicht möglich ist, mit dem linken Zeigefinger und Daumen das Instrument festzuhalten, während er mit den anderen Fingern den Penis hält. Bei dem von Val. verbesserten Instrument ist das Ziffernblatt am Ende desselben und nicht an der Seite angebracht, so dafs es leichter einzuführen und leichter während der Anwendung zu halten ist. Das Ziffernblatt ist so auch ständig unter den Augen des Operateurs, so dafs er völlig vor jeder übermäfsigen Dilatation und unnötiger Lageveränderung bewahrt ist (siehe Abbildungen). Der verbesserte Mechanismus dieses Dilatators vereinfacht die Konstruktion, ohne die Kosten des Instruments, wie Val. versichert, zu erhöhen (Mechaniker Tiemann & Co., New York). *Stern-München.*

Die Dauersonde als Hülfsmittel der urethrovesicalen Eingriffe, von Negrin. (*Revista ibero-americana de ciencias medicas.* 1901. No. 10.) Verfasser zählt die verschiedenen Indikationen der Dauersonde auf und beschreibt die Art und Weise, wie dieselbe zur Anwendung gelangt. *C. Müller-Genf.*

Eine geschützte Stempelspritze für Harn- und Blasen-Irrigation, von J. Ellis Eastmann-Indianapolis. (*New York med. Journ.* 1901. No. 15.) Die bisher zu den Janetschen Irrigationen verwandten Spritzen und Irrigatoren erscheinen Eastm. ganz unzweckmäßig und er konstruierte zu diesem Zweck eine große Stempelspritze aus Metall, welche mit einem runden, abgestumpftem Mundstück und einem beweglichen Schutzschild versehen ist (siehe Abbildung). Dieses Instrument hat folgende Vorteile: 1. es ist leicht und völlig zu sterilisieren. 2. Die zu gebrauchende Lösung kann immer heiß aus einem graduierten Gefäß entnommen werden und Krystalle (von Kalium permanganicum) können aus dem Boden desselben nicht in die Spritze gelangen. 3. Mit der Stempelspritze kann der auszuübende Druck genau durch den Widerstand gegen des Operateurs Daumen, der den Stempel drückt, abgemessen werden. 4. Die Gewalt des Stromes kann sofort verringert oder derselbe völlig abgeschnitten werden. 5. Das Instrument ist leicht transportabel, einfach in der Konstruktion und Anwendung. 150 ccm fassend, ist es mit demselben möglich, die Vorschriften Janets und Valentines genau zu befolgen, d. h. die Lösung von Kalium permanganicum heiß, oft, in ziemlicher Menge und unter Druck einzuführen. Die hervorragende Bedeutung dieser (der Irrigations-) Methode steht für den Verfasser übrigens außer jedem Zweifel. *Stern-München.*

Über die Rupturen der Urethra, von Marocco. (*Rif. med.* 1901. No. 52. III.) Dieselben kommen durch ein Trauma zu stande, das entweder von innen (Katheterismus, Steine) oder von außen (Fall oder andere Traumen auf das Perineum) wirkt. Der Mechanismus, durch den die Ruptur bei Perinealtraumen entstehen, ist stets ein Stoß gegen den absteigenden Ast oder gegen den Bogen des Os pubis bei Rupturen des Pars bulbaris oder gegen das Ligamentum Carcossonne bei Traumen des Pars membranacea. *C. Müller-Genf.*

Über die Naht der Harnröhrenwände ohne Naht der weichen Partien und der Haut, von J. Zadok. (*Ann. génito-urin.* 1901. Heft 7.) Auf Grund von 15 Beobachtungen kommt der Verfasser bezüglich der Naht nach Urethrotomia externa zu folgenden Schlüssen: Die totale, etagenförmige Naht der Urethra und des Perineums ist angezeigt, wenn die Gewebe nicht infiziert sind und der Urin nahezu aseptisch ist. Dagegen muß bei schwerer septischer Infektion der Gewebe jegliche Naht unterbleiben. Die Naht der Urethra allein, ohne Naht der weichen Partien und der Haut ist indiciert, wenn der Urin septisch ist oder die Urethra eitert oder das Perineum eine oder mehrere eiternde Fisteln aufweist. Der Verweilkatheter, der im Verlaufe der Operation eingeführt wurde, muß vom dritten Tage an gewechselt und am fünften, längstens am achten Tage entfernt werden. Dann wird sofort mit der Dilatationskur begonnen; zu derselben verwendet man am besten Bougies nach Béniqué mit oder ohne Führungssonde. Die Dilatation ist so lange fortzusetzen, bis No. 59 oder 60 der Béniquéschen Serie eingeführt werden kann. *Götz-München.*

Ein ungewöhnlicher Fall von Urininfiltration, von R. Parker-Liverpool. (*Brit. med. Journ.* 24. August 1901.) Ein 51jähriger Schiffssteward, bei welchem Verfasser zehn Jahre zuvor die Urethrotomia interna mit gutem Erfolg ausgeführt hatte, erkrankte mit diffuser Schwellung am Perineum und dem unteren Teile des Abdomens. Urinentleerung war erschwert, aber niemals ganz aufgehoben. Breite Incisionen entleerten dünne, eitrige Flüssigkeit von unbeschreiblich widerlichem Geruch; später trat auch Urin aus. Wahrscheinlich war in der Nähe des Bulbus ein tiefliegender Abceß und eine kleine Perforation entstanden. Genesung erfolgte ohne weitere Komplikationen.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Kenntnis des Urethrospasmus in der vorderen Harnröhre, von Ferdinand Fuchs-Breslau. (*Therap. Monatsh.* 1901. No. 8.) Verfasser machte bei zwei Patienten die Beobachtung, dafs die Einführung eines Metallkatheters ohne Schwierigkeit gelang, dafs derselbe aber beim Herausziehen ungefähr in der Mitte der Pars pendula derart fest umspannt gehalten wurde, dafs die Entfernung ohne brüske Gewalt nicht möglich gewesen wäre und erst nach einigen Minuten, als der Krampf aufhörte, gelang. In der Schleimhaut der vorderen Harnröhre befinden sich elastische Fasern, die als Fortsetzung der an der Wurzel des Penis aufhörenden Muscularis angesehen werden; an ihnen müssen noch genügend kontraktile Elemente vorhanden sein, um das Auftreten des Spasmus zu ermöglichen.

A. Loewald-Cassel.

Ein Fall von Carcinom der Urethra und Harnblase; Entfernung der Neubildung und Verschlufs der unterm Schambein entstandenen Öffnung bei Dauerdrainage oberhalb desselben, von W. H. Battle. (*Lancet* 13. Juli 1901.) Das Ergebnis dieser Operation war, dafs sich die 58jährige Patientin neun Monate nach derselben bei guter Gesundheit befand und mit der Vorrichtung zum Auffangen des Urins (Verbesserung von Makins) sehr zufrieden war.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Behandlung der Strikturen der Harnröhre mittelst Elektrolyse, von W. N. Cholzow. (*Allg. med. Centralztg.* 1901. No. 77—79.) Trotzdem die Unzulänglichkeit der allgemein üblichen Methoden zur Behandlung von Harnröhrenstrikturen von allen Seiten anerkannt wird, verhält sich die Mehrzahl der Ärzte dem elektrolytischen Verfahren gegenüber völlig ablehnend, obwohl es der anderen Methode mindestens gleichwertig ist. Die Gründe für diese Erscheinung sieht Verfasser erstens im Mifserfolge der ersten Schritte zur praktischen Verwertung des Verfahrens, zweitens in der Umständlichkeit der zur Ausführung notwendigen Apparate, drittens in der Diskreditierung der Elektrolyse durch den etwas reklameartigen Charakter der Anpreisungen. Ein Hauptvorwurf, welcher der Elektrolyse gemacht wird, ist der, dafs sie zur Bildung einer Narbe führen müsse, ein Rezidiv daher unvermeidlich sei. Nach der von Bergonié und Bordier abgegebenen Erklärung der Wirkung der Elektrolyse auf die Gewebe trifft dieser Vorwurf nur zu, wenn die Intensität und die Dichtheit des Stromes zu grofs sind; das kann bei der lineären Elektrolyse der Fall sein, nicht aber bei der cirkulären Methode. Die bisherigen, allerdings wenig zahlreichen pathologisch-anatomischen Untersuchungen sowohl als die klinischen Beobachtungen bestätigen diese Wahrnehmung bezüglich der Rezidive. Verfasser hat beide Methoden in Anwendung gezogen; er giebt aus praktischen Gründen der cirkulären Elektrolyse den Vorzug. Er benutzt die Newmansche Elektrode, die er so modifiziert hat, dafs die am Ende angebrachte Olive zum An- und Abschrauben eingerichtet ist und ihre Dicke je nach der Weite der Striktur verschieden gewählt werden kann. Für Strikturen der hinteren Harnröhrenabschnitte benutzt Verfasser gekrümmte Elektroden mit ebenfalls auszuwechselnden Oliven; wenn nötig, arbeitet er unter Führung eines Leitbougies, das an das periphere Olivenende angeschraubt werden kann. Verfasser teilt die Krankengeschichten von 22 Fällen mit, die er elektrolytisch behandelt hat. Den therapeutischen Wert der Methode behandelt er vom Standpunkte der Dauerresultate. Während der unmittelbare Erfolg in einem Falle traumatischer Striktur ein unbedeutender war und in einem anderen Falle überhaupt ausblieb, war das Ergebnis in den übrigen 20 Fällen ein durchaus befriedigendes. Verfasser glaubte anfangs, der Elektrolyse müsse stets eine systematische Dehnung durch Bougies folgen. Er überzeugte sich aber bald, dafs „dank der Abstofsung des an der Applikationsstelle der Elektrode entstandenen unbedeutenden Schorfes, hauptsächlich dank der langsamen

und allmählich fortgesetzten Wirkung der Elektrolyse" eine Erweiterung des verengten Teiles der Harnröhre, ohne nachfolgende Bougiebehandlung stattfindet. In dieser Richtung stellt er die Elektrolyse allen anderen Methoden voran. In seinen letzten Fällen prüfte Verfasser erst einen Monat nach der Elektrolyse zum ersten Male das Lumen der Harnröhre und konnte fast stets bedeutend stärkere Bougies als bei der Elektrolyse einführen. — Was die Dauerresultate betrifft, so sind die Beobachtungen des Verfassers in Anbetracht der kurzen Dauer noch nicht ausreichend, um die Behauptung Bordiers zu bekräftigen, dafs Rezidive bei rationeller Anwendung der Elektrolyse in den meisten Fällen nicht wieder auftreten. Immerhin hält Verfasser das Ausbleiben der Rezidive für wahrscheinlich; in zwei Fällen konnte er die Fortdauer des Erfolges noch nach acht Monaten feststellen. — Verfasser empfiehlt, der Elektrolyse, wenn irgend angängig, einige Tage Erweiterung mittelst Bougieeinführung vorauszuschicken, einmal um eine Erweiterung und Vaskularisation der verengten Stelle hervorzurufen, da die Elektrolyse auf saftige Gewebe energischer wirkt, so dafs man mit schwachen Strömen auskommen kann, um die Olive der Elektrode durchzubringen; zweitens ist nach des Verfassers Ansicht bei der Anwendung von gröfseren Oliven die ätzende Wirkung dank der geringeren Dichtheit des Stromes geringer und die Nachwirkung der Elektrolyse tritt mehr in den Vordergrund. — Die Intensität des Stromes betrug durchschnittlich 2—6 Ampères; die Dauer der Sitzung variierte je nach der Beschaffenheit der Striktur zwischen 2 und 13 Minuten. In neun Fällen genügte eine Sitzung, in den übrigen waren zwei bis vier erforderlich. Verfasser schliefst sich dem Vorschlag Bordiers an, die Harnröhre wenigstens einen Monat nach der Sitzung zu untersuchen und dann, falls die Erweiterung sich als eine ungenügende erweist, die Sitzung zu wiederholen. Verfasser hofft, dafs die Elektrolyse sich bald ihr Bürgerrecht in der medizinischen Praxis erwerben wird.

A. Loewald-Cassel.

Entfernung eines Urethralsteines durch Harnröhrenschnitt, von E. Loumeau. (*Ann. policl.* 1901. No. 6.) Ein 44jähriger Mann, der häufig an linksseitigen Nierenkoliken mit Austreibung von Konkrementen gelitten hat, erkrankte plötzlich an einer neuen Attacke, die drei Tage und drei Nächte dauerte und nur durch grofse Morphindosen erträglich gemacht wurde. Nachdem der Stein aller Wahrscheinlichkeit nach in die Blase gefallen war, erwachte Patient nach zwei Tagen frühmorgens infolge eines heftigen Harndranges. Mitten in der Miktion wurde der Strahl unterbrochen, Verfasser wurde in der Nacht wegen der akuten Harnretention zum Kranken gerufen, nachdem alle Versuche den Stein herauszuurinieren sich als vergeblich erwiesen hatten. Da weder Zurückstofsen des Steines in die Blase, noch Katheterisierung neben dem Fremdkörper vorbei gelang, schritt Loumeau zur Punctio vesicae hypogastrica und entleerte auf diesen Wege 1½ l Urin. Am nächsten Morgen machte sich derselbe Eingriff nochmals nötig. 4 Stunden später Entfernung des olivengrofsen Steines durch Harnröhrenschnitt unter Chloroformnarkose. Der Stein sitzt am hinteren Teil der Urethra bulbosa. Glatte Heilung ohne jede Spur von Verengerung der Harnröhre an der operierten Stelle.

Hopf-Dresden.

Zur Asepsis des Katheterismus, von Mankiewicz. (*Wien. klin. Rundsch.* 1901. No. 40.) Wir bedürfen zur Asepsis beim Katheterismus: a) keimfreien Harn, b) keimfreie Harnwege, c) keimfreie Instrumente, d) keimfreie Einfettungssubstanzen. — Ad a. Es ist ratsam ½ Stunde vor der Untersuchung 0,5 Chinin, 1,0 Salol oder 2,0 Urotropin zu geben. — Ad b. Ausspülung der Harnwege mit 7‰ steriler Kochsalzlösung in grofser Menge. Sonst ist nur noch Arg. nitr. (1‰) von Wert. — Ad c. Nélaton-Katheter lassen sich, kalt angesetzt, in 1% Sodalösung sehr oft aus-

kochen, ohne zu verderben. Metallinstrumente sind ja auch durch Auskochen leicht zu sterilisieren. Halbweiche, elastische, seidene Katheter und Bougies kann man mit strömendem Wasserdampf im Kuttnerschen Apparat behandeln, wobei aber doch sehr viele verderben. Formalindesinfektion bewährt sich nicht. Sehr gut ist aber das von Kümmell empfohlene Kochen in einer Lösung von Ammonium sulfuricum (3:5) während 5 Minuten. Die Instrumente vertragen das ausgezeichnet. Man kann dieselben nachher mit sterilem Wasser nachspülen und in sterilem Wasser, sterilen Tüchern oder Paraffin. liquid. aufbewahren. Eine 40% Kochsalzlösung soll denselben Zweck erfüllen. — Ad d. Ein Glaskölbchen mit seitlichem Abflufsrohr eignet sich am besten zur Aufbewahrung des Glycerins; dasselbe kann im Wasserbade beliebig oft sterilisiert werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Sterilisierung von Gummisonden, von Phélip. (*Lyon. méd.* 1901. No. 32.) Verfasser empfiehlt die Desinfektion der Gummisonden vermittelst Trioxymethylen in gut schliefsenden Recipienten. *Hopf-Dresden.*

Eine Methode, weiche Katheter zu sterilisieren, von H. Herring. (*Brit. med. Journ.* 25. Mai 1901.) Von einer zweckentsprechenden Sterilisierungsmethode mufs man verlangen, dafs sie rasch und leicht ausführbar sei, die Katheter nicht unbrauchbar mache, und dafs die letzteren sterilisiert keinen Reiz auf die Harnröhrenschleimhaut ausüben. Die zur Zeit üblichen Methoden lassen es an der Erfüllung bald des einen, bald des anderen Postulates fehlen. Bei keiner der Methoden, auch nicht bei der Sterilisation mit Dampf, findet gleichzeitig eine Einfettung resp. ein Geschmeidigmachen der Katheter statt, so dafs dieselben sofort in Gebrauch genommen werden können.

Auf Veranlassung des Verfassers hat Dr. G. Savage genaue Untersuchungen angestellt zur Frage, bei welcher Temperatur des Wassers die in demselben verweilenden mit allen möglichen Bakterien behafteten Katheter steril würden. Die Versuche ergaben, dafs bei einer Temperatur von 65,5° C. die Katheter schon in einer halben Minute steril waren. Trotz dieses Ergebnisses zieht Verfasser es vor, die Katheter kochendem Wasser auszusetzen, in welchen sie entgegen anderen Meinungen durchaus nicht leicht schadhaft werden. Dr. Maw (von der Firma S. Maw, Son and Sons, Aldersgate Street, London) hat nach den Angaben des Verfassers einen Apparat angefertigt, welcher leicht zu handhaben ist und in einer reizlosen, aus flüssigem Paraffin und Wasser bestehenden Flüssigkeit die Katheter rasch (12 Stück in 20 Minuten) steril und schlüpfrig macht und sie in demselben Zustande wenigstens für 48 Stunden erhält. Der Apparat wird ausführlich beschrieben. *C. Berliner-Aachen.*

Zur Frage der Katheitersterilisation, von Jacob. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1901. No. 7.) Eine in der Posnerschen Poliklinik ausgeführte Nachprüfung des Katzensteinschen Verfahrens mittelst heifser Formalindämpfe führt zu dem Resultate, dafs das Katzensteinsche Verfahren keineswegs Vorteile vor dem bisher angewendeten Kuttnerschen voraus hat. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über Kystoskopie, von G. Kulisch-Halle. (*Dtsch. Praxis.* 1900. No. 11.) Verfasser giebt einen Überblick über Kystoskopie im allgemeinen und den gegenwärtigen Stand. Er beginnt mit der historischen Entwickelung und beschreibt genau das Instrumentarium. Die Vorbedingungen für eine erfolgreiche Untersuchung sind Durchgängigkeit der Harnröhre für das Kystoskop, genügende Blasenkapazität, Klarheit des Blaseninhalts. Dann beschreibt K. das Aussehen der normalen Blase und geht auf die pathologischen Verhältnisse über (katarrhalische Veränderungen, alle

Cystitisformen, Steine, Fremdkörper, Tumoren, Oedema bullosum, Eiterungen der Niere). Nicht indiciert ist die Cystoskopie bei Prostatahypertrophie. Ein vielseitiges Gebiet, auf dem die Cystoskopie diagnostisch sehr klärend wirkt, ist die Pyurie und die Hämaturie, auch die Entscheidung der Frage, ob zwei Harnleiter vorhanden sind, und die zugehörigen Nieren funktionieren, wird cystoskopisch gelöst. Dann wird der Ureterenkatheterismus besprochen, dessen Vater Nitze ist, welcher nicht nur diagnostisch, sondern auch therapeutisch äufserst wertvoll ist. Zum Schlusse bespricht K. kurz die cystoskopische Photographie. Der in sich geschlossene Vortrag ist ein lesenswerter Beitrag zu dem Gebiete dieser erst neueren Methode.

Bernhard Schulze-Kiel.

Entwickelung und heutiger Stand der Cystoskopie, von M. Nitze-Berlin. (Die Deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts. 1901.) Wenn auch die vorliegende Arbeit dem Fachmann naturgemäfs nichts Neues bringt, so soll hier doch mit einigen Worten auf dieselbe hingewiesen werden. Nitzes Beschreibung der Cystoskopie und ihrer Bedeutung wird jeden, der sich über den Gegenstand informieren will, ob der präcisen, erschöpfenden Darstellung willkommen sein. Überdies aber wird jeder Leser die wahrhaft vornehme Bescheidenheit sympathisch berühren, die aus der Arbeit spricht; denn Nitze verschmäht es, auch nur mit einem Worte seine Person und sein Verdienst in den Vordergrund zu stellen oder zu rühmen. — Ein bemerkenswerter Fall, in dem die Katheterisierung eines Ureters wahrscheinlich lebensrettend gewirkt hat, wird am Schlusse mitgeteilt: Bei einem 50jährigen Manne, der seit langer Zeit ab und zu kleine Nierensteine entleert hatte, trat komplete Anurie und am vierten Tage nach Beginn derselben Urämie auf. Ob es sich um Verlegung beider Ureteren durch Steine oder um Verstopfung eines Ureters und reflektorischen, die Urinentleerung verhindernden Krampf auf der anderen Seite handelte, konnte nicht festgestellt werden. Es wurde daher aufs Geratewohl in den rechten Harnleiter ein Katheter eingeführt, aus dem sich im Verlaufe von 24 Stunden über 7 l Urin entleerten. Auch aus dem elastischen Katheter, der inzwischen neben dem Harnleiterkatheter in die Blase eingeführt worden war, flofs alsbald Urin in grofser Menge ab. Am vierten Tage betrug die Harnmenge beiderseits je 1200 ccm, worauf beide Katheter entfernt wurden. Von da an funktionierten beide Nieren normal.

Götz-München.

Cystoskopische Erfahrungen, von Goldberg. (*Centralbl. f. Chir.* 1901. No. 30.) Verfasser beschreibt die Resultate, die ihm etwa 150 Cystoskopien ergeben haben. Auf 21 Fälle von Blasengeschwülsten kommen 81 Cystoskopien bei 14 Patienten. Einige liefsen sich ohne Cystoskop diagnostizieren; in anderen wurde cystoskopiert, um Sitz, Ausdehnung und Form festzustellen. Von 21 Blasensteinen wurden 8 cystoskopiert, da man hier mit tastenden und greifenden Metallinstrumenten häufig auskommt, und mit diesen sich eine Infektion leichter vermeiden läfst. In 10 Fällen wurde cystoskopisch das Nichtvorhandensein von Steinen festgestellt. Von 55 Tuberkulösen wurden nur 7 cystoskopiert, da hier die Empfänglichkeit für Infektion besonders grofs ist. Von zahlreichen Prostatikern wurden nur 6 cystoskopiert; notwendig ist hier die Cystoskopie nur vor der beabsichtigten Operation durch Galvanokaustik. Um die Blase für die Cystoskopie unempfindlich zu machen, empfiehlt Verfasser 50 ccm einer 5%igen Antipyrinlösung hineinzubringen. Bei zur Infektion disponierenden Zuständen empfiehlt sich nach der Cystoskopie die Injektion von 100 bis 200 ccm $^1/_{500}$—$^1/_{1000}$ Lapislösung. *F. Hahn-Bremen.*

Der Einfluſs und die Bedeutung der Cystoskopie und des Ureteren-Katheterismus auf die klinische Medizin, mit spezieller Berücksichtigung der allerneuesten Forschungen, von R. Lobe - Köln. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1901. No. 71.)

Im ersten Teil seiner Abhandlung bespricht Verfasser die Technik der Cystoskopie und das Instrumentarium, wobei er besonders das Nitzesche Cystoskop No. 1 und das Casperesche Ureteren-Cystoskop empfiehlt. Nachdem er dann die Vorbedingungen, die vor einer endoskopischen Untersuchung erfüllt sein müssen und die Art der Desinfektionen der Instrumente angeführt, schildert L. die Bedeutung der Cystoskopie für die klinische Diagnose, welche nur in Fällen angewendet werden soll, wo uns die gewöhnlichen Untersuchungsmethoden keine genügende Klarheit geben. Hierher gehört 1. das grofse Gebiet der chronischen Cystitiden, die nicht zur Heilung gelangen, 2. die Atrophien der Prostata mit arteriosklerotischen Erkrankungen der Gefäfse des Kongenitaltraktus, 3. die Blasensteine, 4. die Differentialdiagnose der Blasentumoren, 5. die Untersuchung der Fremdkörper der Blase, 6. die Untersuchung bei angeblich neurasthenischen Erkrankungen der Blase. Im zweiten Teile bespricht Verfasser die Leistungen der Cystoskopie im Verein mit dem Harnleiterkatheterismus. 1. stellt derselbe fest, ob es sich um eine Cystitis oder Pyelitis oder um beides handelt, 2. welche von beiden Nieren erkrankt, und ob die andere so gesund ist, dafs eine eventuelle einseitige Nephrektomie möglich ist, 3. ob und wo Hindernisse im Ureter vorhanden, 4. ob eine zweite Niere oder eine zweite Ureterenmündung existiert. Der letzte Teil handelt von der funktionellen Nierendiagnostik, und berichtet L. darin über die Untersuchungsmethoden, die während seiner Assistentenzeit an der Casperschen Klinik angewandt wurden. Die einzelnen Details zu schildern, würde nicht in den Rahmen eines Referates passen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Inkarcerierte Blasenhernie; aufgebrochenes Hodensarkom, fälschlich für inkarcerierte Hernie gehalten, von Thomas H. Manley - New York. (*Med. News.* 24. August 1901.) M. glaubt, dafs Hervorwölbung der Blasenwände eine nicht seltene Coincidenz mit reponiblen Hernien bildet; er selbst beobachtete drei solcher Fälle. Sehr selten hingegen wird Blasenektopie als ein wichtiger Faktor bei eingeklemmter Hernie erwähnt. M. beschreibt daher einen solchen Fall, welcher eine 82jährige Frau betraf, eingehend; es wurde eine einfache inkarcerierte Schenkelhernie angenommen, bei der Operation jedoch zeigte es sich, dafs ein Blasendivertikel in den Schenkelring eingezwängt war. Dasselbe hatte sich allmählich ausgedehnt und eine Entzündung an der Einschnürungsstelle verursacht, wobei der zersetzte Urin hochgradige Reizung mit reflektorischen Schmerzen über das ganze Abdomen erzeugte. Anatomisch war dies ein Beispiel von extraperitonealer Blasenhernie, indem ein Teil der Blasenwand durch das Spatium Retzii aus der Bauchhöhle in den Schenkelring eintrat. Die Operation besteht in kurzem 1. in einem langen Bauchschnitt, 2. freie Lösung der Einklemmung von innen und 3. methodischer und vollständiger Behandlung jeder Komplikation. In dem zweiten Falle handelte es sich um einen 41jährigen (russischen) Bettler, welcher mit ausgesprochenen Inkarcerationserscheinungen ins Spital kam; auf der rechten Seite, vom Inguinalring bis zum Scrotum, bestand ein grofser Tumor, das Scrotum war hochgradig ausgedehnt und zeigte Spuren von Gewaltanwendung (versuchte Taxis). Bei der Operation ergab sich oben genannte Neubildung und keine Spur einer Hernie. Beide Fälle illustrieren die Schwierigkeiten, welche oft die Diagnose von Hernien und verwandter Zustände ergeben.

Stern-München.

Die Behandlung der Cystitis, von Char. Chassaignac - New Orleans. (*Med. News.* 14. Sept. 1901.) Den Ursachen nach teilt Ch. die Cystitis in folgende Formen ein: 1. blennorrhoische, 2. tuberkulöse, 3. infolge von Harnröhrenstriktur, 4. von Prostatitis, 5. von Steinen, 6. als Folge von Tumoren, 7. traumatische Cystitis, 8. Cystitis durch direkte Infektion (Katheter u. s. w.), 9. descendierende Cystitis (von

den Nieren her) und 10. Cystitis durch Ingestion irritierender Substanzen (Kantharíden u. s. w.). Die allgemeine Behandlung besteht, besonders in akuten Fällen, bekanntlich in Bettruhe, entsprechender Diät, Laxantien, heifsen Bädern und Umschlägen, innerlich zu gebenden alkalischen und antiseptischen (mit Vorliebe Salol und Borsäure) Mitteln, gegen die Schmerzen entweder innerlich Codein mit Hyoscyamus oder Suppositorien von Opium und Belladonna. Auch Blasenspülungen mit warmen, milden Antisepticis empfiehlt Ch. sogar in akuten Fällen und zieht hierbei die Janetsche Methode der Kathetereinführung vor. Bei der blennorrhoischen Cystitis war er sehr befriedigt von Kalium permanganicum, anfangs in kleinen Mengen (höchstens 0,01—0,08%) eingeführt. Bei der tuberkulösen Cystitis werden Irrigationen mit Sublimat- und Höllensteinlösungen, auch Injektionen von Jodoformemulsion empfohlen, innerlich Kreosot-Präparate und allgemein tonische Mittel. In kurzen Zügen sind auch all die anderen Formen von Cystitis mit ihren therapeutischen Indikationen beschrieben; dieselben liegen der Natur der Ursache gemäfs hauptsächlich in Entfernung resp. Vermeidung des ätiologischen Momentes. *Stern-München.*

Zur Diagnose, Ätiologie, Prophylaxe und Behandlung der Cystitis, Pyelitis und Pyelonephritis beim Weibe, von Thomas R. Brown-Baltimore. (*New York. med. Journ.* 31. August 1901.) Einleitend zu seiner längeren Arbeit bemerkt Br., dafs wahrscheinlich kein Gegenstand im weiten Gebiete der Medizin weniger verstanden werde, wie jenes der Infektionen des weiblichen Harnsystems oder falsche Auffassung zu bedauernswerten Folgen führt. Seine weiteren Auseinandersetzungen führen ihn zu folgenden Schlüssen: die grofse Mehrzahl der Fälle von Pyelitis, Pyelonephritis und Cystitis beim weiblichen Geschlechte kommen durch Infektion mit verschiedenartigen Mikroorganismen (Staphylococcus pyogenes albus und aureus, Bacillus pyocyaneus und B. typhosus, am häufigsten durch den Bacillus coli) zu stande, welche die Nieren oder Blase entweder von aufsen oder innen erreichen. Das Leiden kann meist verhütet oder geheilt werden, wenn die zu Grunde liegenden Ursachen erkannt und verstanden und die geeigneten Mafsnahmen getroffen werden. Es giebt verschiedene Zustände, wie Hyperacidität des Urins, welche beinahe völlig wirkliche Blaseninfektionen vortäuschen und bei welchen ungeeignete Behandlung noch zu einer wahren Cystitis und deren schlimmen Folgen führen kann. Nirgends ist die Prophylaxe von gröfserer Wichtigkeit als bei den Infektionen des Harnsystems, weil wir, besonders durch Operationen oder Katheterismus die Widerstandsfähigkeit der Patientin verringern und die Blase zu Infektionen empfänglich machen können. Während eine absolute Diagnose die Niereninfektion nur durch Uretheren-Katheterismus möglich ist, kann man in der Mehrzahl der Fälle zu einer Wahrscheinlichkeits-Diagnose kommen durch vergleichende Betrachtung zwischen dem Grade der Albuminurie und der Pyurie und durch sorgfältige cystoskopische Untersuchungen der Blase, speziell jenes Teiles um die Uretralmündungen herum und der Beschaffenheit des aus denselben kommenden Urins, Im Gegensatz zu der in den meisten Lehrbüchern ausgedrückten Ansicht ist die Mehrzahl von Blasen- und Niereninfektionen mit Acidität des Harns verbunden, d. i. sie entstehen durch Mikroorganismen, welche den Harnstoff nicht spalten. Wahrscheinlich bildet sich in der Mehrzahl, wenn nicht in allen Fällen von Niereninfektion, welche durch Harn zersetzende Mikroorganismen entstehen, nach einer gewissen Dauer der Affektion ein Stein, welcher durch die Ablagerung der präcipitierten Salze um die Bakterien als Kern herum sich ansetzt. Schliefslich hebt Verfasser die absolute Notwendigkeit einer sorgsamen chemischen, mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchung des Urins hervor, um genau die Fälle von Cystitis, Pyelitis und Pyelonephritis zu verstehen, die richtige Diagnose zu stellen, die geeignete Behandlung

einzuleiten und eine bestimmte Prognose zu geben. Die diagnostischen Merkmale und die therapeutischen Maßnahmen, wie sie Verfasser beschreibt, beschränken sich auf allgemeine Angaben. *Stern-München.*

Ein Fall von chronischer Cystitis mit Pyelonephrose, Blasen- und Prostatasteinen, von Israel Cleaver. (*Internat. Magaz.* Mai 1901.) Ein 62jähr. Mann, bei dem seit vielen Jahren Störungen der Blasen- und Mastdarmentleerung bestanden hatten, erkrankte plötzlich unter urämischen Symptomen und starb nach wenigen Tagen. Kurz vor dem Exitus war bei einem Versuch zu katheterisieren, das Vorhandensein eines harten Körpers im Prostatateil der Urethra nachgewiesen worden. Bei der Sektion fand sich beiderseitige Pyelonephrose, hochgradige Cystitis chronica, außerdem in der Blase ein 17,7 g schwerer Stein von der Form einer Auster in der Schale, und in der Prostata neben mehreren kaffeebohnenförmigen Konkrementen ein großer, herzförmiger Stein von 30,5 g Gewicht. Solche große Steine in der Prostata gehören zu den größten Seltenheiten. Ihrer chemischen Zusammensetzung nach bestanden alle Steine aus phosphorsaurem Ammoniak-Magnesia.
A. Loewald-Cassel.

In der Société belge d'Urologie (Sitzung vom 3. Februar 1901, nach *La Clinique*, 1901, No. 12.) sprach A. Morelle über einen **Fall von latenter Blasentuberkulose, der durch Injektion alten Kochschen Tuberkulins manifest wurde.** Es handelte sich um einen jungen Menschen, bei dem wegen zweifelhaften Lungenbefundes zu diagnostischen Zwecken 0,005 altes Kochsches Tuberkulin injiziert wurde. Die Injektion hatte Temperatursteigerung auf 38,8° zur Folge. Während aber auf der Lunge eine Veränderung nicht zu konstatieren war, traten gleichzeitig mit dem Fieber heftige Schmerzen in der Blasengegend und häufiger Harndrang auf, eine Urinportion enthielt überdies Blut. All diese Symptome verschwanden am nächsten Tage wieder. Früher hatte der Kranke niemals irgendwelche Störungen von seiten der Harnorgane gehabt, es kann sich daher nach Ansicht des Verfassers nur um einen bis dahin latenten tuberkulösen Herd in der Blase gehandelt haben. Wie dieser Fall und einzelne früher veröffentlichte Fälle beweisen, kann das alte Kochsche Tuberkulin zu diagnostischen Zwecken bei Blasenkatarrhen, deren Natur zweifelhaft ist, angewendet werden; das soll aber wegen der Gefährlichkeit der Tuberkulinprobe nur dann geschehen, wenn alle anderen diagnostischen Hülfsmittel kein beweisendes Resultat ergeben haben. Auch bei positivem Ausfall der Probe, d. h. also wenn allgemeine und lokale Symptome auftreten, ist die Diagnose mit großer Vorsicht zu stellen, da bei Fällen von Nierentuberkulose, bei denen auch der Harnleiter affiziert ist, nach Tuberkulininjektion Blasensymptome auftreten können, ohne daß die Blase erkrankt sein muß. *Göts-München.*

Tumoren der Blase und Prostatahypertrophie, von D. Wallace. (*Lancet.* 13. Juli 1901.) Enthält nichts neues. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Eine Harnblasenschußverletzung, von B. Bayerl-Cham. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901, No. 19.) Bei einem Knaben, der von einem Schuß aus einer Flobertpistole getroffen worden war, fand sich links über dem Os pubis eine kleine rundliche Öffnung, die sich nach rechts unten 5 cm weit in einen Kanal fortsetzte. Die Umgebung der Schußwunde war fast taubeneigroß hervorgetrieben, aus der Wunde sickerte ziemlich viel Urin, der mit etwas Blut vermischt war. Dabei bestand starker Harndrang. Die Kugel konnte nicht gefunden werden. Am folgenden Tage war das Befinden gut, es wurde sogar Urin per vias naturales entleert. Tags darauf

jedoch hatte der Patient Fieber und starke Schmerzen, aus der Wundöffnung kam kein Urin mehr zu Tage, dagegen war beträchtliche Harninfiltration zu konstatieren, die Blasengegend war aufgetrieben, Hodensack und Glied ödematös geschwollen, auf dem Rücken des Penis fand sich an der Wurzel eine bläuliche, blasige Erhebung. In diese, wie in die ödematös geschwollenen Partien wurden zahlreiche Incisionen gemacht, aus denen sich alsbald Urin in ziemlicher Menge entleerte. Daraufhin erfolgte rasch Besserung, Schwellung und Schmerzen nahmen ab, die Temperatur wurde wieder normal. Zwei Tage später fand sich die Kugel im Bette, sie hatte sich aus der Incisionswunde am Rücken des Gliedes Ausgang verschafft. Nach wenigen Tagen waren sämtliche Wunden verheilt. *Götz-München.*

Intraabdominale Blasenruptur, von A. Hunnard. (*Brit. med. Journ.* 2. März 1901.) Ein 35jähriger Arbeiter war in trunkenem Zustande einige Stufen herabgestürzt und zog sich eine komplizierte Fraktur des linken Oberarmes und des Ellenbogengelenks zu. Aufserdem klagte er über Harndrang. Mittels eines Katheters wurde blutiger Urin abgelassen. Bei der Untersuchung wurde der untere Teil des Abdomens ausgedehnt und sehr gespannt befunden. Verfasser entschlofs sich sofort zu operieren: Es wurde der Bauchschnitt gemacht und ein etwa zwei Zoll langer querer Rifs der Blase an ihrer oberen Fläche entdeckt. Der peritoneale Überzug war etwa ½ Zoll mit in Mitleidenschaft gezogen. Der Rifs wurde genäht. Es erfolgte vollständige Heilung. *C. Berliner-Aachen.*

Operative, präparitoneale Ruptur der Blase, von John A. Wyeth-New York. (*New York med. Journ.* 19. Okt. 1901.) Wegen mehrere Jahre lang anhaltender Blasenstörung und häufigem Harndrang wollte W. bei einem 31jährigen sonst gesunden Manne den oberen Blasenschnitt vornehmen und hatte zu diesem Zwecke die Blase mit ca. ½ Liter Flüssigkeit präparatorisch füllen lassen, d. h. um durch das Aufsteigen des gefüllten Organes das Peritoneum beim Einschnitt zu vermeiden. Die Blase platzte jedoch kurz nachdem der Hautschnitt ausgeführt war und die Flüssigkeit ergofs sich in den präperitonealen Raum; es gelang dem Operateur, die Riffstelle (ca. 2 cm lang) zu konstatieren und dieselbe kam ohne schlimmere Folgen zur Heilung (nach Einlegung einer Drainage in die Blasenwunde). Unter 60—70 Fällen von Cystotomia suprapubica ist dies der einzige, wo W. dieser Zufall passierte, den er übrigens nirgends in der Litteratur verzeichnet findet. Im Anschlufs daran giebt er den Rat, in Fällen, wo jahrelang häufiger Harndrang bestanden hat und dadurch die Blase in mehr oder weniger ständiger Kontraktion sich befindet, höchstens 250—300 g Flüssigkeit in dieselbe zu injizieren und sich mit den Schwierigkeiten und möglichen Gefahren einer kleineren Incision zu begnügen als die, wenn auch geringe Gefahr einer Ruptur zu laufen. *Stern-München.*

Ein Fall von suprapubikaler Cystotomie, von Ch. Horner. *Brit. med. Journ.* 18. Mai 1901.) Ein 9jähriger Knabe wurde am 3. Januar 1901 mit Incontinentia urinae ins Hospital gebracht. Die Blase war stark ausgedehnt. Mittels Katheters wurde eine grofse Quantität Urin abgelassen. Schon seit längerer Zeit war der Harn in dünnem Strahl, zuletzt nur tropfenweise entleert worden. Die Untersuchung mit der Sonde stellte am Blasenhals einen Stein fest, der auch per rectum gefühlt werden konnte. — Es wurde in Chloroformnarkose der suprapubikale Schnitt gemacht, der Stein in die Blase gestofsen und dann entfernt. Er wog ½ g und bestand wesentlich aus oxalsaurem Kalk. Die Heilung erfolgte ohne Zwischenfall.

C. Berliner-Aachen.

Sofortige Cystorrhaphie nach der Sectio alta (suprapubica), von Balachescu. (*Centralbl. f. Chir.* 1901. No. 25.) Verfasser hatte unter zwölf hohen Blasenschnitten elf rasche Heilungen mit der sofortigen Blasennaht nach einem von ihm angegebenen und Cystorrhaphie per Imbrikation benannten Verfahren. Er operiert bei vollständig entleerter Blase, er öffnet die Blase durch eine 4 cm lange Incision durch den Vertex, die an der hinteren Blasenwand endigt und macht dann nach Entfernung der Steine die Naht; deren Neuerung darin besteht, dafs an der einen Seite der Blasenwundrand umgeschlagen und ein etwa 1 cm breiter Streifen der Mucosa von der Muscularis abpräpariert und entfernt wird. Nun wird die Mucosa vernäht, denn die Muscularis und schliefslich der mucosalose Muskellappen wie ein Deckel über die Nahtreihe gelegt und fixiert. *F. Hahn-Bremen.*

Über einen Fall von Blasenstein, von Rizzo. (*Rif. med.* 1901. Bd. II, No. 36. Der Stein hatte sich um ein Stück eines Katheters gebildet, der in der Blase zurückgeblieben war und hatte einen heftigen Katarrh der Blase verursacht. Ein Versuch von Epicystotomie blieb resultatlos und mufste der Stein nachträglich durch Peritonealschnitt entfernt werden. *C. Müller-Genf.*

Über die Symptome und die modernen Methoden der Diagnose von Blasen-, Nieren- und Ureterensteinen, von P. J. Freyer. (*Brit. med. Journ.* 25. Mai 1901.) Die charakteristischen Symptome der Blasensteine sind: 1. Vermehrter Harndrang, häufiges Urinieren; 2. Schmerzen beim Urinieren; 3. Haematurie; 4. Plötzliches Aufhören des Harnstrahls. Der Verfasser bespricht sehr eingehend diese Symptome und die Differentialdiagnose. Er zeigt, durch welche anderen krankhaften Zustände im Urogenitalapparate beispielsweise die Haematurie hervorgerufen werden könne, und wie häufig genug lediglich das Mikroskop, das Cystoskop und die Röntgenstrahlen im stande sind, die Frage nach der Herkunft der Blutung zu entscheiden. In ähnlicher, sehr klarer, lichtvoller Weise behandelt der Verfasser die Nieren- und die Ureterensteine. *C. Berliner-Aachen.*

Klinischer Beitrag zur Epicystotomie mit nachfolgender Blasennaht wegen Blasenstein, von Scarrone. (*Rif. med.* 1901. No. 44.) Gestützt auf die ausgezeichneten Resultate nach Epicystotomie mit unmittelbarer Blasennaht empfiehlt Verfasser beim Manne in Fällen von Blasenstein stets zu dieser Operationsmethode Zuflucht zu nehmen. *C. Müller-Genf.*

Bemerkungen über 206 Steinoperationen, von W. F. Adams. (*Brit. med. Journ.* 25. Mai 1901.) Der Verfasser entfernt die Steine im allgemeinen durch Lithotripsie, hält diese Operation jedoch unter folgenden Umständen für kontraindiziert. I. Bei Knaben: 1. Wenn ausgesprochene Cystitis gleichzeitig vorhanden ist. Hier kann die Lithotomie sowohl die Cystitis wie die Steine beseitigen. 2. Wenn das Einführen von Instrumenten sehr erschwert ist. 3. Wenn der Stein zu grofs oder zu hart ist für den bei Knaben nur in kleinem Mafsstabe zu verwendenden Lithotriptor. 4. Wenn vorgeschrittene Nierenerkrankung oder grofse allgemeine Schwäche vorhanden ist. II. Bei Männern: 1. Wenn die Passage für Instrumente erschwert ist. 2. Wenn der Stein zu grofs ist oder nicht erfafst werden kann. Unter den 206 Steinoperationen waren in vier Fällen Urethralsteine durch den Meatus, in drei Fällen durch Incision des Meatus, in zwei durch die Urethrotomia externa entfernt worden. In 161 Fällen wurden Blasensteine durch die Lithotripsie, in 36 Fällen durch die perineale Lithotomie (und zwar drei durch die mediane, 33 durch die laterale) entfernt. Todesfälle kamen sechs vor, und zwar drei bei der Lithotripsie und drei bei der Lithotomie. *C. Berliner-Aachen.*

Plantago major gegen Steinleiden, von VORDERMANN. (*Pharmac. Weekblad.* 1900. No. 19.) Transmigrationsmittel nennt man in Batavia solche Mittel, welche nach dort heimischen Begriffen gewisse Eigenschaften auf den menschlichen Körper übergehen lassen, wenn man sie einnimmt. Die Blätter der Strobilanthes crispa sollen nun die Eigenschaft haben, steinhartes Glas sandig zu machen. Man gab sie daher innerlich gegen Steinleiden, in der Meinung, dafs sie Steine als Sand abtreiben würden. Eine Abkochung von Strobilanthes crispa mit Plantago major soll nun einen Fall von Steinleiden in Batavia geheilt haben, der das gröfste Aufsehen erregt. Es handelte sich um Nierensteine, die einen operativen Eingriff nötig machten. Der Kranke verweigerte die Operation und nahm monatelang jene Abkochung. Die Steine gingen als Sand ab und der kranke Mann kam wieder zu Kräften. V. glaubt diese Wirkung der Plantago major zuschreiben zu müssen, obwohl Steinfragmente, welche er 24 Stunden lang der Einwirkung von Abkochungen genannter Blätter aussetzte, nicht einmal in ihren äufsersten Schichten angegriffen wurden. (Eher dürfte in jenem Falle wohl das Post hoc ergo propter hoc zutreffen. Der Ref.)

A. Strauſs-Barmen.

Über Enuresis im Kindesalter, von MARTIN THIEMICH. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1901. No, 31.) Verfasser tritt der Auffassung entgegen, dafs die Enuresis ein lokales Leiden sei, nach seiner Meinung mufs sie nicht als Symptom einer lokalen, sondern einer allgemeinen Neurose aufgefafst werden, und zwar der Hysterie. Er setzt die monosymptomatische Hysterie der Kinder als etwas sicher gegebenes voraus und legt sie seinen Ausführungen zu Grunde. Die meisten Kinder, welche an Enuresis leiden, stammen von neuropathischen Eltern oder sind verkehrt erzogen worden. Oft haben sie noch sonstige hysterische Störungen (Krämpfe u. s. w.). Auch findet man in Anstalten, Pensionaten, Schulen geradezu Enuresisepidemien. Die Therapie kann gegen diese hysterische Krankheit viel erreichen, es bedarf meist nur einer schmerzhaften Faradisation eventuell einer Isolierung des Patienten und suggestiver Einwirkung, um in kurzer Zeit das Leiden zu heilen. Die Erfolge, welche man bei Kindern mit Enuresis. welche an adenoiden Vegetationen leiden, durch Entfernung derselben erzielt, sind nach Verfassers Ansicht gröfstenteils auf suggestivem Wege zu erklären.

Bernhard Schulze-Ktel.

b. *Hoden und Samenbläschen.*

Zur Behandlung der Impotentia virilis, von FRANZ WEISZ. (*Wien. med. Wochenschr.* 1901. No. 25.) Eine kurze Zusammenstellung der Ursachen und der Therapie der Impotentia virilis, die nichts bemerkenswertes bietet.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die therapeutische Wirkung des Yohimbins bei Impotenz, von R. DUHOT (*Ann. Policl. centr.* 1901. Pag. 118.) Nachdem MENDEL das Yohimbin unter 40 Fällen von neurasthenischer Impotenz 20mal mit günstigem Erfolge angewendet hatte, versuchte der Verfasser ebenfalls bei zehn gleichen Fällen. Er injizierte täglich vier Patienten eine Pravazspritze einer 1%igen Lösung von Yohimbin muriaticum zehn Tage lang. Die Einspritzungen sind schmerzlos, doch ist die Lösung nur beschränkt haltbar. Man wird das Mittel demnach besser in Tablettenform geben. Es ist übrigens etwas teuer. In acht von den beobachteten zehn Fällen war die Wirkung eine frappante. Suggestive Wirkung ist ausgeschlossen, da die Kranken über die Therapie, der sie ausgesetzt waren, keinerlei Aufschlüsse erhalten hatten.

Hopf-Dresden.

Verschiedenes.

74. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Karlsbad, 22.—28. September 1902. Abteilung für Dermatologie und Syphilidologie. Da den späteren Mitteilungen über die Versammlung, die anfangs Juni zur Versendung gelangen, bereits ein vorläufiges Programm der Verhandlungen beigefügt werden soll, bittet der Vorstand, Vorträge und Demonstrationen — namentlich solche, die hier gröfsere Vorbereitungen erfordern — wenn möglich, bis zum 15. Mai bei Dr. Ignaz Böhm, Karlsbald, Sprudelstrafse, „Schwarzer Löwe", anmelden zu wollen. Vorträge, die erst später, insbesondere erst kurz vor oder während der Versammlung angemeldet werden, können nur dann noch auf die Tagesordnung kommen, wenn hierfür nach Erledigung der früheren Anmeldungen Zeit bleibt; eine Gewähr hierfür kann daher nicht übernommen werden.

Die allgemeine Gruppierung der Verhandlungen soll so stattfinden, dafs Zusammengehöriges thunlichst in derselben Sitzung zur Besprechung gelangt; im übrigen ist für die Reihenfolge der Vorträge die Zeit ihrer Anmeldung mafsgebend.

Da auch auf der bevorstehenden Versammlung, wie seit mehreren Jahren, wissenschaftliche Fragen von allgemeinerem Interesse soweit wie möglich in gemeinsamen Sitzungen mehrerer Abteilungen behandelt werden sollen, wird gebeten, Wünsche für derartige, von unserer Abteilung zu veranlassende gemeinsame Sitzungen übermitteln zu wollen.

Die Einführenden: Böhm; Guth; Prof. Ph. J. Pick.
Die Schriftführer: Mosauer; Siebel.

Einige Bemerkungen über die Wiedergewinnung von Quecksilber aus tierischem Gewebe, von S. Mc. D. Stanton. (*Univ. Penna. Med. Bull.* Nov. 1901.) Diese im chemischen Laboratorium der Universität angestellten Untersuchungen ergaben als Resultat, dafs die zur Gewinnung von Hg aus tierischem Gewebe durch Behandlung mit Salzsäure und chlorsaurem Kalium unter Erwärmung und nachheriger Fällung mit Schwefelwasserstoff gebräuchliche Methode keine zuverlässigen Resultate liefert. S. hat eine Reihe von Untersuchungen in dieser Richtung angestellt, indem er klein gehackte Ochsenleber sowie bei einer zweiten Prüfung den Inhalt eines Hühnereis mit einer bestimmten (0,271) Menge Kalomel innig vermengte und dann das Hg mit den genannten Mitteln wieder zu gewinnen suchte. Bei der einen Untersuchungsreihe erhielt er 25%, bei der anderen, günstigeren, auch nur 61,6% des beigefügten Hg wieder. Demnach sind andere genauere Untersuchungsmethoden in dieser Hinsicht erwünscht. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXXIV. No. 6. 15. März 1902.

Aus der Abteilung für Hautkrankheiten des Moskauer Kriegs-Hospitals.

Ein Fall von Dystrophie papillaire et pigmentaire.[1] (Acanthosis nigricans.)

Von

Dr. P. A. Pawlof.

(Mit Tafel I.)

Soldat des Infanterie-Regiments Basil Sch., 23 Jahre alt. Im Sommer 1900 bei einer Körperbesichtigung wurde die Aufmerksamkeit des Divisionsarztes auf die weiter beschriebenen Veränderungen der Haut gelenkt und Ende Juni wurde der Kranke ins Moskauer Kriegshospital zur ferneren Beobachtung unterbracht.

Anamnesis. Bis zum zwölften Jahre war der Kranke ganz gesund. Seine Brüder und Schwester sind alle gesund. Im dreizehnten Jahre fiel der Kranke vom Dache eines Stalles, wobei er sich so in der Regio epigastrica des Leibes an einem Klotze, der auf der Erde lag, stiefs, dafs er nachher eine Woche lang zu Bette liegen mufste. In dieser Zeit konnte er den Rücken nicht beugen. Nach diesem Falle fühlte sich unser Patient immer nicht ganz gesund und munter. Er fühlte eine Schwäche bei etwas schwerer Arbeit und beständigen Schmerz in der Regio epigastrica nach jeder physischen Anstrengung. Bei ruhiger Lage des Kranken und nach dem Essen ist der Schmerz nicht vorhanden. Das Schmerzgefühl hat sich seit der Zeit bis jetzt nicht geändert.

Im Jahre 1896 bemerkte unser Kranker zuerst die unten beschriebenen Veränderungen, welche bei erster Betrachtung ein Aussehen von Flecken hatten. Welche dieser Flecken früher und welche später sich zeigten, und ob an ihnen Veränderungen vorgekommen, konnte der Patient nicht sagen. Nur eins giebt er an, nämlich, dafs er sich seit dem Erscheinen der Hautveränderungen noch etwas schwächer fühlt.

[1] Der Kranke war in der Sitzung der Kriegsärztegesellschaft zu Moskau am 1. November 1900 demonstriert.

Status praesens. Der Kranke ist mittleren Wuchses und Baues, hat eine erdige Schattierung des Gesichtes und zeigt eine allgemeine Entkräftung und Anämie in ziemlich hohem Grade der Entwickelung. Beim Auskultieren des Herzens ist ein kleines Rauschen anämischen Charakters nachweisbar. Im übrigen, nach wiederholter Untersuchung durch die Dres. D. F. Nasarof und S. K. Klikowitsch, ist nichts besonderes nachweisbar. Appetit und Verrichtung des Magen-Darmkanals waren genügend, sowohl beim Eintreten des Kranken ins Hospital, wie auch im Verlauf der ganzen Zeit der Beobachtung.

Der Kranke hat gar keine Empfindungen in der Regio epigastrica, weder selbständig, noch nach dem Essen. Nur ein Drücken auf die unterliegende Gegend ruft in ihm die Empfindung eines schwachen Schmerzes irgendwo in der Tiefe hervor. Urin, saurer Reaktion, spez. Gew. 1,013, stellt nichts Anormales dar.

An verschiedenen Stellen der Haut, im ganzen ziemlich symmetrisch, verteilen sich schmerzhafte Veränderungen, die bei erster Betrachtung ein etwas einförmiges Aussehen intensiv pigmentierter Flecken von dunkel- bis aspidbrauner Farbe haben. Die Flecken sind nicht besonders stark begrenzt und haben verschiedene Gröfse, von einer Linse, Fingernagel bis zum 2—3 Kopekenstücke, rundlichen, ovalen und sogar ganz unregelmäfsigen Umrisses; auf ihnen sind nirgends Abschuppungen noch Bildung von Krusten bemerkbar. Die Haut an den Stellen der Flecken ist nicht infiltriert und zeigt, wenn auch nicht überall gleichmäfsig, ziemlich stark ausgeprägt, natürliche kleine Furchen, wodurch die Flecken ein mehr oder weniger durchfurchtes Aussehen haben, das an Schagrin erinnert.

An den verschiedenen Stellen des Körpers verteilen sich die Flecken in folgender Weise:

Auf dem oberen Teile des Halses, rechts, befindet sich nur ein kleiner Flecken, wie eine Erbse grofs, schwach aspidbraun schattiert. Auf dem unteren Teile des Halses, an den Seiten, giebt es dieselben Flecken, die sich wie ein Halsband verteilen in der Linie, wo der Hals in die Regio supraclavicularis übergeht, — dabei findet man sie mehr auf der rechten Seite als auf der linken. Flecken des hinteren Teiles der Seite des Halses haben die Gröfse einer Linse bis Erbse, wogegen sie vorn eine länglichovale Form haben und bis 2 cm Länge erreichen. Nach der Farbe und Darstellung der Hautfurchen zeigen die Flecken keine Abweichung vom allgemeinen Charakter.

An den Schultern, der Brust und den oberen Teilen des Rückens sind nur einzelne seltene Flecken derselben Form und Gröfse wie auf dem Halse erkennbar, nur mit dem Unterschiede, dafs die Flecken hier eine hellbraune Farbe mit schwacher bläulicher Schattierung haben; auf den meisten sieht man fast keine Andeutung von Hautfurchen.

Achselhöhle und anliegende Teile stellen die schärfsten Veränderungen dar. An den behaarten Stellen giebt es schwach gefärbte Flecken. In der Umgebung aber befinden sich die gröfsten und dunkelsten Flecken und in gröfster Zahl. Die Gröfse der Flecken erreicht die eines 2—3 Kopekenstückes und die Farbe ist intensiv aspidbraun. Dabei sind in einigen hier lokalisierten Flecken die Centralteile weit dunkler, als die an der Peripherie liegenden, und so sehen wir in diesen Flecken um den Centralteil von aspidbrauner Farbe eine breite Zone minder intensiv gefärbt. Fast alle hier liegenden Flecken sind mit einem ganzen Netze tiefer Hautfurchen durchzogen und eben hier erinnern sie an die Oberfläche von Schagrin. Auf einem der gröfsten und dunkelsten Flecken, welcher auf der L. axillaris anter. dextr., wagerecht zur Brustwarze liegt, kann man sogar unbedeutende warzenähnliche Erhöhungen, wie ein Hirsekorn grofs, bemerken. Diese Erhebungen haben dieselbe Farbe wie der Flecken selbst, aber sie unterscheiden sich durch schwachen Wachsglanz.

Leib und unterer Teil des Rückens. Die meisten Flecken sind auf der rechten Hälfte des Leibes, zwischen L. mammillaris und L. alba, von derselben Gröfse und Aussehen wie die Flecken auf dem Halse. Nur ein Flecken nahe dem Nabel hat die Gröfse eines 3 Kopekenstückes, unregelmäfsig längliche Form, intensiv aspidbraune Farbe und zeigt sehr stark ausgebildete Furchen der Haut. Zur linken Seite der L. albae und an den Seitenflächen des Leibes unterscheidet man nur einige einzelne Flecken, die nichts besonderes darstellen. Was die unteren Teile des Rückens anbelangt, so sind hier einige kleine Flecken, die hauptsächlich auf der rechten Seite liegen.

Geschlechtsorgane und ihre Umgebung. In den Weichenfalten sind einzelne Flecken von hellbrauner Farbe mit bläulicher Schattierung. Auf den inneren Flächen der Hüften, welche dem Skrotum anliegen, befinden sich einige Flecken, ungefähr wie ein Fingernagel grofs, von intensiv aspidbrauner Farbe. Auf dem Skrotum selbst sind nur zwei kleine Flecken von aspidbrauner Farbe. Bei dem After bemerkt man nur einen Flecken, welcher die Gröfse einer Erbse hat, mit deutlicher Ausbildung der Hautfurchen von bläulich-brauner Farbe.

Obere Endglieder. An der inneren Fläche beider Schultern sind in geringer Zahl intensiv bläulich-braune Flecken sichtbar, wobei ein Flecken an der linken Schulter durch seine aspidbraune Farbe besonders hervortritt. Er erreicht die Gröfse eines 2 Kopekenstückes, unregelmäfsigen Umrisses und erinnert durch starke Ausprägung der Hautfurchen an die Oberfläche von Saphian. An der vorderen Seite der rechten Schulter lokalisieren sich nur wenige Flecken; auf einem von ihnen kann man wirkliche Erhebungen von unregelmäfsig eckiger Form mit mattem Wachsglanz bemerken, welche die Gröfse eines Hirsekorns haben. An dem

linken Oberarm, neben der Ellenbogenbeuge, liegen einige unbedeutende Flecken von hellbrauner Farbe. Auf den unteren Endgliedern, sowie auch auf der Schleimhaut sind keine Veränderungen erkennbar.

Wegen der charakteristischen bläulich- oder sogar aspidbraunen Farbe der eben beschriebenen Bildungen der Haut, nach dem Aussehen ihrer Oberfläche, welche an vielen Stellen an Saffian und Schagrin erinnerte und selten den Fingerzeig auf Papillar-Gebilde darstellte, weiter nach der Verbreitung der Veränderungen und ihrer Neigung, sich auf dem Halse zu lokalisieren und um die Beugen der grofsen Gelenke und Geschlechtsorgane, und zuletzt, nach der Abwesenheit von Schälung und Bildung von Krusten auf den veränderten Stellen (Heuss[2]), stellen wir die Diagnose Acanthosis nigricans oder Dystrophie papillaire et pigmentaire (Darier[3]).

Zum Zwecke der mikroskopischen Untersuchung wurde eins von den Gebilden auf der Seitenfläche des Leibes, wie ein Silberfünfkopeken-Stück grofs, ausgeschnitten, welches aufser der Farbe auch charakteristische Vertiefungen der Hautfurchen zeigte. Dabei war das Unterhautzellgewebe und ein Teil der angrenzenden, augenscheinlich gesunden Haut mit entnommen. Das Stückchen wurde nach der Exstirpation in 10%iger Lösung von Formalin fixiert und nach Härtung in Paraffin eingethan. Die Schnitte wurden mit Haematein-Eosin gefärbt.[4]

Indem wir von oben nach unten nacheinander gehen, sehen wir folgende Veränderungen.

Die Hornschicht ist überhaupt etwas verdünnt. Die oberen Schichten, welche aus locker aufeinander gelegten Platten bestehen, sind an vielen Stellen von den niedriger liegenden Schichten abgelöst, die fast unmittelbar dem Rete anliegen. Letztere haben, im Gegenteil, festes Aussehen. In den Öffnungen der Haarfollikel und in den Vertiefungen zwischen den hypertrophierten Papillen ist eine ziemlich grofse Anhäufung von Hornplatten bemerkbar, welche sich manchmal koncentrisch verteilen (Tafel I, Fig. 1). Stratum lucidum zu bemerken, gelingt nicht. Die Schicht körniger Zellen ist sehr schwach ausgedrückt: nur stellenweise kann man 1—2 Schichten körniger Zellen bemerken, so stark ausgereckt, dafs sie ein spindelförmiges Aussehen haben (Tafel I, Fig. 2).

Rete Malpighi ist von sehr ungleichmäfsigem Aussehen; an vielen Stellen hat es fast eine normale Dicke, indem es nur eine unbedeutende Verkleinerung der die Schichten bildenden Zellen darstellt, nur bisweilen giebt es Stellen, wo das Rete hypertrophiert ist, stellenweise aber stellt

---

[2] Heuss, *Comp.-rend. du XII. Congrès internat. de Médicine.* Vol. IV, Heft 2, p. 190. Moskau 1897.

[3] E. Gaucher, *Traite des Maladies de la peau.* Paris 1898. Bd. I, Heft 2, pag. 28.

[4] Die Schnitte sind von dem Privatdozenten der Moskauer Universität Dr. A. Mamurowsky verfertigt. Ich halte es für meine Pflicht, demselben meine tiefste Dankbarkeit auszusprechen.

es eine bedeutende Atrophie dar. Im Verteilen der atrophierten und hypertrophierten Stellen kann man keine besondere Regelmäfsigkeit bemerken. Die cylindrischen Basalzellen verteilen sich an sehr wenigen Stellen des Rete in 2—3 Schichten und in diesem Falle haben sie eine stark längliche, manchmal sogar stabartige Form. Meistenteils sind die Zellen in einer Schicht geordnet, indem sie ihren gewöhnlichen Zusammenhang und starke Abgrenzung von P. papillaris corii behalten.

Mit Mureck[5] und Spietschka[6] zusammen müssen wir bemerken, dafs die Zellen dieser Schicht an vielen Stellen gerundete Enden haben und darum oft eiförmige und sogar runde Form annehmen. An solchen Stellen bemerkt man schon nicht die gewöhnliche Regelmäfsigkeit in der Gruppierung der Zellen. Doch an den Stellen, welche den Vertiefungen zwischen zwei hypertrophierten Papillen entsprechen, gerade da, wo das Rete am meisten eine starke Atrophie zeigt, ändert sich noch mehr die Form der Basalzellen: sie haben ausgedehntes und sogar spindelartiges Aussehen und lagern sich sehr unregelmäfsig schräg oder horizontal (Tafel I, Fig. 2).

Was die Schicht von Stachelzellen anbelangt, so ist fast nirgends eine Ausdehnung der interpapillaren Räume des Malpighinetzes bemerkbar; im Gegenteil, an vielen Stellen sieht man eine Verkürzung oder sogar Abplattung desselben. Die Zahl der Schichten von Stachelzellen schwankt an verschiedenen Stellen. Nur selten kann man 8—10 Schichten zählen, gröfstenteils findet man 3—4 Schichten von Zellen. Doch an einigen Stellen, hauptsächlich in den Vertiefungen zwischen zwei hypertrophierten Gruppen von Papillen, kann man 2—3 Reihen von Zellen finden (Tafel I, Fig. 1 und 2).

Die häufig ziemlich regelmäfsige Gruppierung der Stachelzellen ist an einzelnen Stellen starken Anderungen unterworfen. So an den wenigen Stellen, wo die Schicht von Stachelzellen hypertrophiert ist, haben letztere oft sehr verlängertes Aussehen, ordnen sich mit ihren langen Achsen senkrecht und sind an den Seiten etwas abgeplattet. An den atrophierten Stellen des Rete (hauptsächlich in den Vertiefungen zwischen den hypertrophierten Papillen) haben die Stachelzellen eine meistenteils in horizontaler Richtung ausgereckte Form und nähern sich dem Typus spindelartiger Zellen, wobei sie sich manchmal nicht ganz regelmäfsg verteilen.

Die Kerne der Stachelzellen an letzteren Stellen lassen sich schlecht färben oder färben sich gar nicht, nur die Kernchen der Zellen bewahren noch die Farbe. Die Zwischenräume zwischen den Zellen sind hier sehr schwach ausgedrückt, so dafs an anderen Stellen die ganze Schicht von

---

[5] *Monatsh. f. praht. Derm.* 1893. Bd. XVII. p. 366.
[6] *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1898. Bd. XLIII, XLIV. p. 247.

Stachelzellen den Anblick einer fast gleichartigen, hell durch Eosin gefärbten Masse erhält (Tafel I, Fig. 2).

Wenn man von diesen Veränderungen in der Schicht der Stachelzellen spricht, so muſs man eine eigenartige Veränderung ihrer Kerne erwähnen. Diese letzteren stellen einen zusammengepreſsten, glasartigen, unfärbbaren Stoff dar, welcher zwischen dem Protoplasma des Kernes und seiner Membrane sich entwickelt. Infolgedessen nimmt der Kern sehr oft die Form eines Halbmondes oder einer Sichel an; in anderen Fällen nimmt er eine äquatoriale Lage ein; manchmal aber gehen von dem zur einen Seite der Membran gedrückten Kern dünne Sprossen zur anderen Seite ab. Die Veränderungen der Kerne findet man an verschiedenen Stellen des Rete, in den oberflächlichen und auch tiefen Schichten; ohne jeglichen Bezug darauf haben letztere atrophiertes oder hypertrophiertes Aussehen. Ebenso hat auch der Zustand der Formschicht augenscheinlich gar keinen Bezug auf diese Veränderungen. Es kommen Stellen des Rete vor, wo es so veränderte Kerne nicht giebt, wobei man solche in der Nähe der meisten Zellen findet. Von diesen Veränderungen der Kerne sprechen Kuznitzky[7] und Spietschka,[8] von denen der erstere sie für beilebende hält, der zweite aber für ein künstliches Produkt durch Zusammenschrumpfen des Protoplasma.

Was die Verteilung des Pigments im Rete anbelangt, so ist solches am meisten in den Basalzellen vorhanden; doch kommen viele Stellen vor, wo es in den Basalzellen kein Pigment giebt. Letzteres verteilt sich in den Zellen in Form feiner, gelbbrauner Körnchen im ganzen ziemlich gleichmäſsig, nur an einzelnen Stellen ist die Verteilung des Pigments hauptsächlich an den Polen der Zellen erkennbar. Auſser den Basalzellen findet man manchmal Anhäufung von Pigment in den Stachelzellen der unteren, seltener oberen Schichten des Rete.

Corium. Schon an den Randteilen der Präparate — an der Grenze in den offenbar gesunden Teilen der Haut — lassen sich ziemlich bedeutende Vertiefungen zwischen einzelnen Gruppen von 2—3 Papillen erkennen, wobei jede solche Gruppe von den nebenliegenden stark umschnürt ist und einzelne Papillen solcher Gruppen gleiche Länge haben. Stellenweise erkennt man eine gewisse Zusammenziehung des Grundes einer einzelnen Papillengruppe im Vergleich mit der Spitze, und deshalb hat solche Gruppe kolbenartige Form.

In den Zentralteilen des Präparats ist schon eine rechte Hypertrophie der Papillen vorhanden, so auch ganzer Gruppen zusammen. Die Vertiefungen zwischen den hypertrophierten Gruppen der Papillen sind noch

---

[7] *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1896. Bd. XXXV. p. 8.
[8] Ibidem. p. 265.

stärker als an den Rändern ausgedrückt, und einzelne Gruppen erheben sich soviel über die nächstliegenden Gruppen der peripheren Teile, daſs es schon beim Betrachten des Präparats mit unbewaffnetem Auge bemerkbar ist. Im allgemeinen haben die Umrisse einzelner Papillen unregelmäſsiges Aussehen: meistens sind die Papillen verkürzt, stellenweise sind sie ganz geebnet, nur selten ist eine kleine Verlängerung bemerkbar. Die Linie des Schnittes durchschneidet einige Papillen der Länge nach, andere quer. Doch nirgends sieht man Neigung zum Verwachsen einzeler Papillen und papillomatösen Vegetationsbildungen (Tafel I, Fig. 1).

An den Randteilen der Präparate haben die Papillen gar keine rundzellige Infiltration, und nur um die Blutgefäſse giebt es überall unbedeutende Anhäufungen von Zellen. In den Zentralteilen des Präparats, in einigen Gruppen der hypertrophierten Papillen findet sich mäſsiges Infiltrat von kleinen Zellen vor, welches hauptsächlich um die Blutgefäſse herum liegt. An den übrigen Stellen der Papillen befinden sich in der Mehrzahl nur zerstreute runde Zellen (Tafel I, Fig. 1).

Selten liegt die kleinzellige Infiltration dicht an der Epidermisschicht, so daſs sie die Grenze der letzteren ganz bedeckt. An solchen Stellen kann man das Eindringen der Lymphocyten zwischen die Stachelzellen des Rete bemerken (Tafel I, Fig. 2). Die Zahl der Gefäſse in den hypertrophierten Gruppen der Papillen ist etwas vermehrt, wobei ihr Lumen stellenweise ziemlich merkbar vergröſsert ist.

In der Pars reticularis corii sind keine Veränderungen vorhanden, dagegen ist der nächste Bezirk des ganzen oberen Gefäſsnetzes von Zellen durchdrungen. Die Gefäſse haben ein gröſseres Kaliber und verbreitertes Lumen. Elastische Fasern im Corium haben sich überall gut erhalten.

Was das Unterhautzellgewebe anbelangt, soweit dasselbe beim Ausschneiden entnommen ist, so bemerkt man darin Atrophie des Fettgewebes und Ersatz des letzteren stellenweise durch Bindegewebe.

Schweiſsdrüsen, sowie ausnahmsweise hier und da Talgdrüsen, wie auch die Haare sind nicht verändert. Um sie ist keine Infiltration mit kleinen Zellen bemerkbar.

Glatte Muskeln der Haut sind etwas verdickt. Was die Verteilung des Pigments im Corium anbelangt, so findet man in den oberen Teilen der Papillen nur selten kleine Häuflein feinkörnigen Pigments. Dagegen aber in den unteren Teilen der Pars papillaris, in der Gegend der Verzweigung des oberen Gefäſsnetzes, befinden sich oft mäſsige Anhäufungen grobkörnigen, dunkelbraunen Pigments in Gestalt von Häuflein verschiedener Gröſse (Tafel I, Fig. 1). Letztere gruppieren sich entweder frei im Bindegewebe oder sind in den ausgespannten Lymphspalten eingeschlossen; am seltensten findet man Körner des Pigments in

den Leukocyten. Man findet bisweilen auch kleine Klumpen dunkelbraunen Pigments. Die Anhäufungen von Pigment verteilen sich meistens entfernt von den Gefäfsen und nur ausnahmsweise selbst um die Gefäfse. Unterhalb des oberen Gefäfsnetzes in der Pars reticularis corii sind gar keine Anhäufungen von Pigment.

Die oben beschriebenen mikroskopischen Veränderungen geben im ganzen das Bild, welches Acanthosis nigricans charakterisiert: Auseinanderwachsen der Papillen und unbedeutende Entzündungserscheinungen in letzteren, sowie Vermehrung des Pigments in den Zellen des Rete und in der Pars papillaris, die Abwesenheit von Veränderungen in der Pars reticularis cutis.

Nichtsdestoweniger giebt es in unserem Falle auch einige Abweichungen von den durch die meisten Autoren geschilderten Veränderungen. So ist die Hornschicht gar nicht verdickt mit Ausnahme der Vertiefungen zwischen den Gruppen der Papillen, wie auch das Rete Malpighi nicht nur hypertrophiert, sondern an verschiedenen Stellen auch atrophiert ist. In unserem Falle ist aufserdem nur Hypertrophie der Papillen gruppenweise vorhanden und es giebt nirgends solche papillomatöse Verwachsungen einzelner Papillen, wie das z. B. auf den Zeichnungen bei P. Gouilland[9] oder bei Mureck[10] vorgestellt ist.

Jedoch haben alle diese Abweichungen nach unserer Meinung keine besondere Bedeutung und zeigen mehr auf einen Quantitäts-Unterschied in den Veränderungen zwischen unserem und anderen Fällen.

Was das Wesen der pathologischen Veränderungen anbelangt, so ist hier übereinstimmend mit Unna[11] eine Anomalie des Wuchses der Epidermisschicht und namentlich der Stachelzellen vorhanden (Acanthosis des System Auspitz[12]), weshalb er die Benennung „Acanthosis" und nicht „Papillomatosis" anbot. Nach der Meinung Dariers[13] ist das Wesen der Änderungen bei Acanthosis nicht in der Epidermoidal-, sondern Papillenschicht der Haut vorhanden, in Form von Entzündung und Hypertrophie der Papillen, deshalb schlägt er eine andere Benennung vor: „Dystrophie papillaire et pigmentaire".

Auf solche Weise wird die Frage vom Wesen des pathologischen Prozesses bei Acanthosis nigricans zur allgemeinen Frage nach der Teilnahme der Epidermis und der Papillen in der Entwickelung von Papillombildungen hingeleitet. Wie schon Auspitz[14] gelehrt hatte, ist es auch

---

[9] Dystrophie papillaire et pigmentaire. *Thèse Paris.* 1896.
[10] Ibidem.
[11] P. G. Unna, Histopathologie der Hautkrankheiten. 1894. p. 804.
[12] Handbuch der Hautkrankheiten. Prof. Ziemssen. 1883. I. H. p. 137.
[13] Cit. nach dem Lehrbuch Gaucher. l. c.
[14] Cit. nach Ziemssen, Handbuch der Hautkrankheiten. p. 207.

jetzt noch nicht ganz aufgeklärt, welche von diesen Bestandteilen der Haut die Hauptrolle und welche die zweite Rolle in diesen Prozessen spielen.

Von der von Auspitz ausgesprochenen Meinung von der Unmöglichkeit strenger Absonderung der pathologischen Prozesse der Epidermis von den Prozessen der Haut selbst ausgehend, — vereinigt Mureck[15] in Bezug auf Acanthosis nigricans diese beiden Ansichten in dem Sinne, dafs, da hier Veränderungen sowohl in der Epidermis, als auch in der Pars papillaris corii sind, es nicht angängig ist, aus rein anatomischen Gründen einen Prozefs von dem anderen zu trennen.

Da in unserem Falle auf der einen Seite keine starke Hypertrophie der Stachelzellenschicht vorhanden ist — man findet im Gegenteil stellenweise eine Atrophie dieser Schicht —, auf der anderen aber eine starke Hypertrophie der Papillen mit Entzündungserscheinungen, so drängt sich von selbst der Gedanke auf, ob nicht diese Hypertrophie der Papillen in unserem Falle eine mehr aktive Rolle spielt und ob nicht die Veränderungen der Epidermoidalschicht einen mehr passiven Charakter darstellen. Wenn das der Fall ist, so wird die Benennung Dystrophie papillaire et pigmentaire hier am meisten passend sein.

So viel bekannt ist,[16] hat Acanthosis nigricans in der Reihe aller Melanodermien kachektischen Charakters eine besondere Wichtigkeit wegen ihres öfteren Zusammenhanges mit den Carcinomen der Bauchorgane oder anderer Stellen.[17] Nach gesammelter Statistik von Burmeister[18] aus 19 Fällen[19] der Acanthosis nigricans bestand in dreien zweifelhafter Cancer, der beim Secieren oder bei der Operation erkannt wurde. Meistenteils aber in den übrigen Fällen lassen die klinischen Erscheinungen mit grofser Wahrscheinlichkeit Cancer in einem Organe muthmafsen. Wenn man zu diesen drei zweifellosen Fällen einen von den drei Fällen Spietschkas[20] hinzufügt, wo sich schnell entwickelnde Acanthosis nigricans bei einer 20jährigen Frau mit Deciduoma malignum ganz verschwand nach Exstirpation der Gebärmutter, so wird der Zusammenhang der Acanthosis nigricans mit dem Krebse noch wahrscheinlicher. Deshalb hält Gaucher[21] Acanthosis nigricans für eine spezielle Carcinomamelanodermie. Zugleich aber giebt er an, dafs in keinem einzigen Falle von Acanthosis nigricans,

---

[15] Ibidem.

[16] Jarisch, *Die Hautkrankheiten.* 1900. II. p. 726. Von demselben siehe Lehrbuch Gaucher.

[17] Im Falle Kuznitzki, wo bei ältlicher Frau Cancer der Mammae bestand.

[18] *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1899. Bd. XLVII.

[19] In diese Statistik wurde nicht eingeschlossen die Zahl einiger anderen, auch nicht der Fall von Dr. Tschernogubow (Protok. Mosk. Vener. u. Dermat. Gesellschaft. 1894/95. Bd. IV).

[20] Ibidem.

[21] Ibidem.

welcher zur Sektion kam, ein Befallensein der Suprarenaldrüsen beobachtet wurde. Also kann man keinesfalls Acanthosis nigricans mit Morbus Addisonii verwechseln, obwohl beide Formen einander nahe stehen.

Was die Pathogenesis der Acanthosis nigricans anbelangt, so ist sie ziemlich dunkel. Nach einer Hypothese, zuerst von UNNA[23] ausgesprochen und besonders in der letzteren Zeit von HEUSS zugestanden,[25] ist Acanthosis nigricans ein Resultat der allgemeinen Cancerautointoxikation. Nach der zweiten Hypothese, von DARIER[24] vorgeschlagen und von den meisten Autoren angenommen, entsteht Acanthosis nigricans durch den Druck der Carcinoma- (oder vielleicht anderer) Neubildung auf den Magenteil des sympathischen Nervs, wobei die dadurch entstehende Hemmung der Funktion des letzteren Haut- und Schleimhautveränderungen zur Folge haben kann, welche für Acanthosis nigricans charakteristisch sind.

Man muſs jedoch bemerken, daſs zweifellose Fälle von Acanthosis nigricans beobachtet wurden, wo gar kein Symptom für Carcinoma war, weder im Leibesraume noch an anderen Stellen. Das sind die Fälle von JACQUET,[25] WOLF,[26] BARSKY[27] und BROCQ.[28] Besonders tritt in dieser Hinsicht ein Fall von BURMEISTER[29] hervor, bei dessen Sektion nirgends weder Cancer noch andere Geschwulst gefunden ist; das Nervensystem wurde wegen dem Zerlegen des Trupps mikroskopisch nicht untersucht.

Da die physikalische Untersuchung in unserem Falle in Bezug auf Krebsneubildung verneinende Resultate gegeben hat, so wurde im Laboratorium des Moskauer Kriegshospitals eine chemische Untersuchung des Mageninhaltes ausgeführt, der durch Ausspülen in nüchternem Zustande erhalten wurde. In der erhaltenen Flüssigkeit alkalischer Reaktion entdeckte man nur Salze der Salzsäure in unbedeutender Menge. Nach einigen Tagen wurde eine neue Durchspülung des Magens gemacht, nach Verlauf von 40 Minuten nach dem Probefrühstücke, welches aus Weiſsbrot und schwachem Thee bestand. Dieses Mal war die Flüssigkeit saurer Reaktion und enthielt nur 0,019% freier Salzsäure.

Wenn man nach FOSTER[30] annimmt, daſs die Menge von Salzsäure im Magensaft ungefähr = 0,2%, oder nach RICHET[31] = 0,11% aus nüchternem Magen und = 0,17% bei der Verdauung, oder endlich nach A. HERZEN die mittlere Magensafts-Säure = 0,18%—0,19%, so kann

---

[23] Cit. nach P. GOUILLAND. l. c.
[24] Siehe *Compt. rend. du XII. Congrès etc.* p. 186.
[25] Cit. nach P. GOUILLAND.
[26] Cit. nach *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XXIV. No. 7. p. 374.
[27] [28] *Compt. rend. du XII. Congrès etc.* p. 192 u. 515.
[29] *La Semaine médicale.* 1896. No. 58. p. 464.
[29] Ibidem.
[30] FOSTER, Physiologie. 1882. Bd. I. p. 408. SPB. (Russisch übersetzt.)
[31] FREDERIK und NÜEL, Grundlage der Physiologie. Beilage zum *Kriegsmedicin. Journ.* 1899. Bd. I. p. 284. (Russisch übersetzt.)

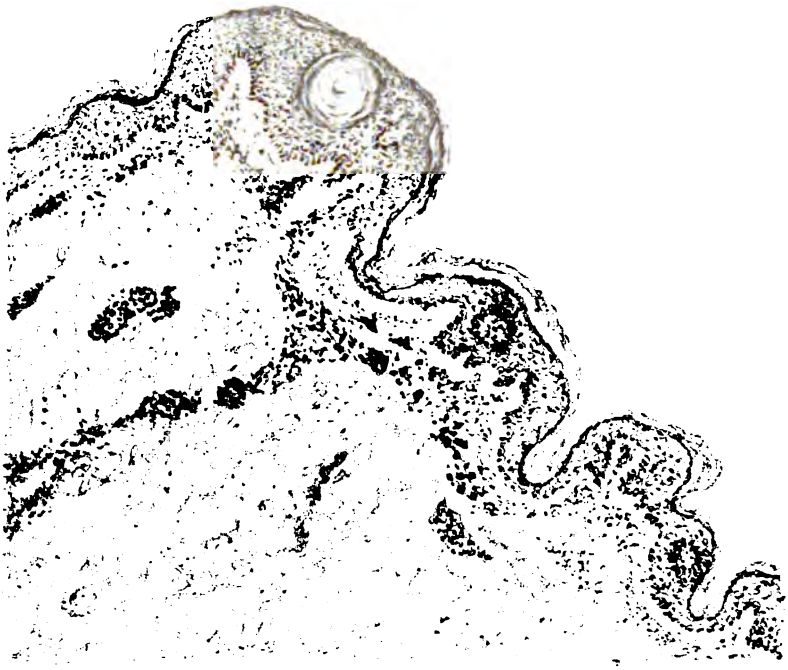


Fig. 1.

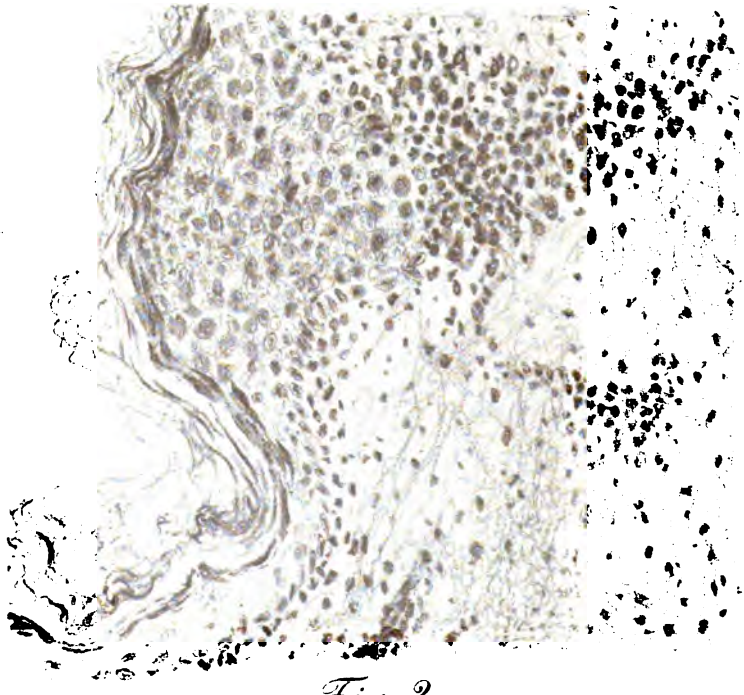


Fig. 2.

man nicht anerkennen, dafs der Gehalt von Salzsäure bei unserem Kranken ziemlich bedeutend verringert ist.

Dieser Umstand läfst als Ursache auch in unserem Falle eine in dem Leibraume verborgene Erkrankung vermuthen. Was den Charakter der letzteren anbelangt, so sind wir in Verlegenheit, uns bestimmt auszusprechen. Wenn man die bedeutende Anämie und die Abmagerung unseres Patienten in Betracht zieht, so kann man bei ihm eine verborgene Form des Cancer irgendwo in der Tiefe der Regio epigastrica mutmafsen, da er eben hier beim Drücken einen Schmerz fühlt. Allein die ziemlich lange Dauer der Hauterscheinungen (wie auch im Falle Barsky) bei Abwesenheit progressierter Verschlimmerung im allgemeinen Zustande des Kranken spricht in gewissem Grade gegen solche Vermutung.

Da wir bestimmt das Dasein des Krebses in unserem Falle nicht begründen können, so müssen wir zum Schlusse auf das sehr wichtige ätiologische Moment hinweisen — nämlich ein Trauma in der Regio epigastrica, welches sechs Jahre vor Entwickelung der Hautveränderungen entstand.

Laut den Prinzipien der allgemeinen Pathologie[63] kann man auch in unserem Falle leicht voraussetzen, dafs infolge der starken Verletzung eine Beschädigung (in Gestalt eines Risses oder Trennung mit Bluterguſs) der Gewebe in der Tiefe der Regio epigastrica erfolgen mufste, weshalb auch irgendwo nahe dem Magen sich eine Entzündungsstelle mit Ausgang in Sclerosis entwickeln konnte. Aber auch aufserdem konnte selbst das Trauma Anlafs zur Entwickelung von Cancer und anderer Neubildung geben. Schliefslich konnte der oder jener Prozefs (Sklerosis oder Neubildung), wenn er dicht bei den Knoten und Geflechten des sympathischen Nervs sich lokalisierte, durch seinen Druck auf letztere die Erscheinungen der Hautveränderungen bedingen, welche für Acanthosis nigricans charakteristisch sind.

Erklärung der Zeichnungen.

Fig. 1. Leitz Ob. 4; Oc. 1. — Allgemeiner Blick auf das Präparat, vom Centrum angefangen, wo stärkere Veränderungen der Papillen sind, bis zu den peripheren Teilen. In der mittleren Gruppe der Papillen Anhäufung von Pigment. Quer zerschnittenes Haar in der linken Gruppe der Papillen.

Fig. 2. Leitz. Ob. 7; Oc. 1. — Seitenteil der hypertrophierten Papillengruppen und Teil der Vertiefung zwischen zwei Gruppen.

---

[63] W. Podwisotzky, Grundlagen der allgemeinen Pathologie. SPB. 1894.

Meine letzte Antwort an Herrn Dr. A. Pappenheim.

Von

Dr. Max Joseph-Berlin.

Herr Pappenheim schwenkt von dem Thema ab und sucht seine schlechte Position durch neue Verdächtigungen zu verdecken.

Darauf unterbreite ich dem Leser folgenden einfachen Sachverhalt: Kollege Almkvists Arbeit ist am 1. Mai bei Herrn Prof. Pick eingetroffen. Bald darauf hat Kollege Almkvist Korrektur erhalten. Herr Pappenheim nimmt in seiner Replik an, dafs die Korrektur doch wohl kaum vor Juni Herrn Almkvist zugestellt sein kann. Woher weifs das Herr Pappenheim? Wäre es aber Herrn Pappenheim nicht auf eitel Klopffechterei, sondern auf Ergründung der Wahrheit angekommen, so hätte er Kollegen Almkvist direkt darüber befragen können. Darauf veröffentlicht Herr Pappenheim im Juni in *diesen Monatsheften* einen Aufsatz über eine neue, chemisch-elektive Doppelfärbung für Plasmazellen und im September in *Virchows Archiv* eine gröfsere Arbeit über Plasmazellen. Beide, auch die erste Arbeit, sind erschienen, nachdem die Korrektur wieder an Prof. Pick zurückgeschickt und Kollege Almkvist von Berlin nach Stockholm zurückgekehrt war. Dieses kann ich Herrn Pappenheim schwarz auf weifs bestätigen, dafs uns bis zur Korrektur der Almkvistschen Arbeit ein Aufsatz von Herrn Pappenheim über Plasmazellen nicht bekannt war und nach obigem auch nicht bekannt sein konnte.

Jedenfalls wäre es würdiger von Herrn Pappenheim gewesen, wenn er bei seinen „Angriffen oder Vorwürfen“ in der Beurteilung der „Joseph-Almkvist-Michaelisschen Arbeit“ nicht nur seinen Angriff oder Vorwurf gegen Herrn Kollegen L. Michaelis, sondern auch gegen Almkvist und mich zurückgezogen hätte. Wissenschaftlich ist die Kampfesweise des Herrn Pappenheim nicht.

Mein allerletztes Wort an Herrn Dr. M. Joseph.[1]

Von

Dr. A. Pappenheim-Hamburg.

Für den vorliegenden Fall habe ich möglicherweise Herrn Joseph Unrecht gethan, wenn in der That der Sachverhalt so liegt. Trotzdem war im Prinzip mein Angriff erfreulicherweise nicht unfruchtbar und bedauere ich denselben keineswegs, da Herr Joseph nunmehr wohl etwas intensiver sich mit der seine Arbeiten berührenden Litteratur beschäftigen dürfte wie zuvor. Almkvist hat ja schon angefangen. Denn schon in meiner Gonorrhoeeiterarbeit hatte ich die Plasmazellenfrage diskutiert und für die Lymphocyten dieses Eiters Plasmazellennatur für möglich gehalten. Herr Joseph aber hat nach seiner eigenen handschriftlichen Beurkundung von meinen früheren Arbeiten nie Notiz genommen und sich somit über die wichtigen Berührungspunkte zwischen der Hämatologie und der allgemeinen Entzündungslehre nicht auf dem Laufenden gehalten, was er thun mufste, wenn er selbst auf diesem Gebiete zu arbeiten beabsichtigte. Wissenschaftlich war also die Arbeitsweise des Herrn Joseph nicht. In der Folge wird es nun hoffentlich im allgemeinen Interesse der Wissenschaft und in persönlichem Interesse des Herrn Joseph anders werden.

[1] Anmerkung der Redaktion. Mit diesen Bemerkungen halten wir den persönlichen Teil dieser Angelegenheit für erledigt.

Weiteres zur Plasmazellenfrage.

Antwort an Herrn Dr. A. Pappenheim.

Von

Dr. Johan Almkvist-Stockholm.

Im Band XXXIV, No. 1 *dieser Zeitschrift* ist ein Artikel von Dr. A. Pappenheim, „Nachträgliches zur Plasmazellenfrage", erschienen. Da der Verfasser in diesem Artikel meine Arbeit „Beiträge zur Kenntnis der Plasmazellen insbesondere beim Lupus" (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, Bd. LVIII, Heft 1 und 2) angreift, möchte ich folgendes mitteilen:

Die erste Anmerkung PAPPENHEIMS, daſs ich seine „bezüglichen Arbeiten ignoriert", ist schon von Dr. MAX JOSEPH[1] beantwortet und die Unmöglichkeit für mich, die Arbeiten von PAPPENHEIM in meiner Plasmazellenarbeit zu erwähnen, deutlich gezeigt.

Dann findet Herr PAPPENHEIM erst meine Arbeit „sehr erquickend", weil ich „gegen MARSCHALKÓ Front mache". Er erkennt auch die Differenz, die ich zwischen den beiden Zellarten („UNNAsche Plasmazellen" und „MARSCHALKÓsche Plasmazellen") in meiner Arbeit hervorhebe. „Die morphologischen und tinktoriellen Unterschiede, die ALMKVIST angiebt, sind durchaus anzuerkennen", sagt er (S. 6). Aber weiter geht PAPPENHEIM nicht mit. Dann sind unsere Anschauungen „fundamental" von einander getrennt. Die Zellen, die ich MARSCHALKÓsche Plasmazellen nenne und als veränderte Lymphocyten betrachte, hält PAPPENHEIM auch für histiogene Plasmazellen und er findet „die von ALMKVIST gezeitigte neue Lehre der Differenz UNNAscher und MARSCHALKÓscher Plasmazellen mindestens naiv". Er nennt also die von mir hervorgehobene Differenz eine neue Lehre, aber später (S. 9) nennt er trotzdem meine Arbeit „eine zweite, aber nicht verbesserte Auflage der von JOANNOVICS vertretenen dualistischen Lehre". Alsdann fügt er hinzu: „Während aber JOANNOVICS zu dem Schluſs kommt, daſs dieselbe Plasmazelle sowohl aus uninukleären Leukocyten wie aus fixen Stromazellen hervorgeht, zerlegt ALMKVIST ungerechtfertigterweise den einheitlichen Gattungstypus der Plasmazelle auf Grund des rein äuſserlich etwas abweichenden morphologisch-tinktoriellen Habitus in zwei prinzipiell differente Zellarten, deren eine lymphocytäre, deren andere histiogene Natur haben soll". Hier irrt sich PAPPENHEIM vollkommen. JOANNOVICS hat für seine erste Art von Plasmazellen (meine MARSCHALKÓschen Plasmazellen entsprechenden) die Herstammung aus Lymphocyten und polymorphkernige Leukocyten und für seine zweite Art (meine UNNAschen Plasmazellen) die Herstammung aus Bindegewebszellen angegeben. An keiner Stelle hat er einen doppelten Ursprung für jede Art angenommen. Er hat nur die beiden Zellarten nicht so scharf wie ich von einander getrennt.

Übrigens habe ich besonders auf S. 109—110 und S. 119 betont, daſs die beiden Zellarten auch wohl aus anderen Gebilden entstehen können. So sage ich (S. 110): „so ist dadurch doch nur bewiesen, daſs UNNAs Plasmazellen aus Bindegewebszellen und MARSCHALKÓs aus Leukocyten entstehen können. Die andere Möglichkeit, daſs diese Zellformen auch aus anderen Gebilden entstehen können, muſs man noch auſserdem offen halten. Über die Wahrscheinlichkeit oder Unwahrscheinlichkeit

---

[1] MAX JOSEPH, Zur Plasmazellenfrage. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XXXIV, No. 4.

dieser Möglichkeit will ich mich nicht aussprechen, sondern nur dieselbe betonen".

Die von mir angegebenen Unterschiede der beiden Arten der Plasmazellen erkennt ja PAPPENHEIM, sowohl die morphologischen als die tinktoriellen an, aber er sagt später — wie ich citiert habe — dafs die beiden Zellarten nur „auf Grund des rein äufserlich etwas abweichenden Habitus" von mir getrennt sind. Über die Bedeutung der tinktoriellen Eigenschaften der Zellen kann man ja streiten. Ich glaube doch, dafs die tinktoriellen Verhältnisse mit tieferen Eigenschaften der Zellen zusammenhängen und nicht nur mit äufseren, und diese Meinung ist nicht durch das Studium von PAPPENHEIMS Buch „Grundrifs der Farbchemie" widerlegt.

PAPPENHEIM beschuldigt mich weiter, dafs ich Plasmazellen nur bei Tuberkulose studiert habe. Er sagt auf S. 6: „Jeder, der sich mit Plasmazellen intensiv beschäftigt und dieselben nicht etwa nur bei der Tuberkulose (wie ALMKVIST) studiert hat". Aber wie weifs er das? Übrigens ist es ganz und gar falsch, denn ich habe Plasmazellen studiert weit früher als ich zu Dr. MAX JOSEPH kam.

Ich mufs zugeben, dafs wenigstens mir es unmöglich ist, über alles das zu schreiben, was ich studiere, aber vielleicht hat PAPPENHEIM gar nichts anderes studiert als was er geschrieben hat. PAPPENHEIM kann unmöglich wissen, was ich studiert oder nicht studiert habe, denn er kennt mich und meine Studien gar nicht. Trotzdem sagt er doch ganz bestimmt und kategorisch, dafs ich Plasmazellen nur bei Tuberkulose studiert habe. Aber in einer Sache, wo man gar nichts wissen kann, sich bestimmt auszusprechen, ist doch ganz und gar unwissenschaftlich und scheint mir immer als ein Kriterium eines Mannes der Wissenschaft, wie er nicht sein soll.

Eine andere Einwendung, die PAPPENHEIM gegen mich macht, ist, dafs meine MARSCHALKÓschen Plasmazellen doch typische UNNAsche Plasmazellen sind. Ich frage da, welche Definition UNNA selbst für seine Plasmazellen aufgestellt hat. So viel ich sehe, hebt er überall als die charakteristischste Eigenschaft dieser Zellen die besondere Färbung des Protoplasmas mit polychromem Methylenblau hervor. Ich habe nie daran gezweifelt, dafs man in voller Übereinstimmung mit der Meinung UNNAS selbst diese charakteristische Plasmareaktion als ein Reagens für diese Zellen aufstellen konnte. Und mir scheint auch PAPPENHEIM dieselbe Ansicht über UNNAS Definition der Plasmazellen zu haben. Er sagt nämlich (S. 376 *Virchows Archiv* Bd. 165), nachdem er UNNAS Methylenblaufärbung erwähnt hat: „Alle die hierher gehörigen Zellen der lupös infiltrierten Haut, die eine solche charakteristische Plasmareaktion gaben, nannte UNNA zur Zeit „Plasmazellen"". Nach diesen

Worten mufs also eine Zelle, um nach UNNA Plasmazelle genannt werden zu können, die charakteristische Plasmareaktion geben (nicht nur sich mit polychromem Methylenblau auf gewöhnliche Weise färben). Und weiter unten (S. 379) sagt er: „Prof. v. MARSCHALKÓ“ . . . „der in seiner ersten . . . Streitschrift vom Jahre 1895 eine wesentlich morphologische Definition dieser Zellen giebt, die heute fast allgemein acceptiert und an Stelle jener in erster Linie tinktoriellen Definition getreten ist, die Dr. UNNA-Hamburg seiner Zeit gegeben hat“. Damit hat ja PAPPENHEIM zugegeben, dafs die Definition UNNAS hauptsächlich eine tinktorielle ist. Und die Zellen, die ich MARSCHALKÓsche genannt habe, zeigen, mit UNNAS polychromem Methylenblau gefärbt, nicht die starke, eigentümliche und charakteristische Granoplasmafärbung, sondern nur eine gewöhnliche Färbung, wie man sie auch durch die meisten anderen Färbungen bekommen kann. Mir scheint es darum, dafs ich nichts anderes gemacht habe, als die Definition festgehalten, die der grofse Meister UNNA selbst ursprünglich gegeben hat.

PAPPENHEIM findet es unrichtig, dafs VON MARSCHALKÓ statt UNNAS Definition eine andere setzt und kritisiert diese, aber nachher findet er UNNAS Definition auch nicht gut und macht selbst eine neue, eine dritte. Er sagt (S. 384 *Virchows Archiv* Bd. 165), dafs er unter Plasmazellen versteht „alle eine „kleinkernige“ Zellanhäufung zusammensetzende Elemente des granulierenden Bindegewebes, nicht allein in der Haut, sondern überall im Körper, aber nur soweit sie rund oder von rundlicher Form sind“. Das ist also eine kombiniert genetisch-morphologische Definition. Aber wie kann man nach dieser Definition bestimmen, ob eine Zelle, die man im Mikroskop sieht, eine Plasmazelle ist oder nicht? Ob dieselbe aus Bindegewebe stammt und also Plasmazelle ist, oder aus einem Gefäfse ausgewandert ist, steht nicht auf der Zelle geschrieben, denn es giebt ja viele Formen von Bindegewebszellen und Blutzellen, die einander vollkommen ähnlich sind. Und übrigens, wenn PAPPENHEIM mit neuen Definitionen kommt, ist es ja ganz natürlich, dafs meine und seine Terminologie nicht übereinstimmen können. Ich halte an der tinktoriellen Definition fest, dazu habe ich ein Recht, und ich glaube in Übereinstimmung mit meiner Äufserung auf S. 120—122, dafs man eine bessere Definition nicht früher finden kann, als es gelungen ist, die intrazellulären Veränderungen zu kennen, die die normalen Zellen in Plasmazellen umwandeln.

Weiter findet PAPPENHEIM es unrichtig von mir, die MARSCHALKÓschen Plasmazellen als veränderte Lymphocyten zu betrachten. Aber wenn er das beweisen wollte, müfste er doch die Gründe, die ich für meine Anschauung angeführt habe, widerlegen. Das thut er aber nicht. Seine Beweise, dafs auch diese Zellen histiogene Zellen sind, gehen erstens

dahin, dafs die anderen Zellen „gradatim“ in diese übergehen. Wenn es so ist, mufs es Zwischenformen von beiden geben. Aber wirkliche Zwischenformen von diesen beiden Zellarten sind gerade das, was ich gesucht, aber nicht gefunden habe. Dafs Formen oft vorkommen, wo es schwer ist zu bestimmen, welche Zellart es ist, ist ja nicht zu bestreiten. Aber dann ist immer, wie in Fig. 6, 7 und 9, das Protoplasma degeneriert. Da mufs ja auch die Plasmareaktion wegfallen oder wenigstens undeutlich sein, und ganz natürlich ist es dann schwer, die beiden Arten zu differenzieren. Aber, wenn es keine Protoplasmadegeneration ist, habe ich immer die beiden Zellarten typisch und von einander leicht zu trennen gefunden, ohne Zwischenformen. Und in meiner Arbeit habe ich nichts anderes gemacht als klargelegt, was ich gefunden habe. Warum bildet Pappenheim diese interessanten Zwischenformen nicht ab oder giebt wenigstens eine genaue Beschreibung derselben?

Ich gebe gern zu, dafs meine Befunde für die Leukocytennatur der Marschalkóschen Plasmazellen nicht so beweisend sind, wie die Gründe, die für den histiogenen Ursprung der Unnaschen Plasmazellen sprechen, und dafs ich besonders mit Rücksicht auf diese Zellen mich auf S. 109 und 110 über die Möglichkeit auch einer anderen Abstammung dieser Zellen geäufsert habe. Marchands Untersuchungen, bei denen es ihm gelungen ist zu sehen, wie die Bindegewebszellen bei Proliferation sich zu vollkommen Lymphocyten-ähnlichen Zellen umwandeln, habe ich auch besonders deshalb erwähnt. Den Gedanken, dafs auch diese Zellen Bindegewebszellen sind, habe ich darum während meiner Arbeit sehr oft gehegt und dessen Möglichkeit erwogen. Aber infolge der angeführten Gründe, fühlte ich mich gezwungen, einen lymphocytären Ursprung dieser Zellen anzunehmen. Die Homogenität des Protoplasmas, das sich mit polychromem Methylenblau nicht anders als mit vielen anderen Farben färbt, der stark chromotinhaltige, leukocytenähnliche Kern, sind doch Verhältnisse, die im geraden Gegensatze zu den anderen Zellen stehen und die ich nicht vernachlässigen kann. Daneben sprechen auch die vorhandenen Zwischenformen gegen einen Bindegewebsursprung.

Wenn aber später neue Thatsachen zeigen, dafs diese Gründe nicht beweisen, was ich geglaubt habe, sondern etwas anderes, so will ich sehr gern meine Ansicht ändern, aber nicht früher. Und Pappenheim ist es bis jetzt nicht gelungen, diese Ansicht zu widerlegen.

Pappenheims zweiter Beweis, dafs diese Zellen histiogene und nicht umgewandelte hämatogene sind, besteht darin, dafs diese Zellen im Gewebe nicht Lymphocyten sein könnten, denn Lymphocyten könnten nicht aus den Gefäfsen emigrieren (S. 375 *Virchows Archiv* Bd. 165). Ja, wenn es wirklich so ist, so müssen diese lymphocytenähnlichen Zellen im Granulationsgewebe nur umgewandelte Bindegewebszellen sein. Aber ich

sehe hierfür bei PAPPENHEIM keinen Beweis oder Grund. Er sagt nur, daſs es einer der wichtigsten Leitsätze der modernen Hämatologie ist. Es wäre doch viel interessanter gewesen, wenn er wenigstens sehr kurz die Gründe hierfür erwähnt hätte.

Ich finde im Gegenteil etwas, was mir für die Emigrationsmöglichkeit der Lymphocyten zu sprechen scheint. Die lymphocytoiden Zellen, die aus fibrillären Bindegewebe stammen, können ja nach MARCHAND den Lymphocyten im Blut vollkommen ähnliche sein. Ich glaube auch, daſs sie genetisch nicht sehr verschieden sind, denn auch die Lymphocyten im Blut sind wohl wahrscheinlich histiogene, aus dem adenoiden Bindegewebe in Milz, Lymphdrüsen oder anderer Organen stammende. Da die lymphocytoide Zellen, nach dem was MARCHAND sagt und auch PAPPENHEIM zugiebt, aus dem Bindegewebe in die Gefäſse hineinwandern können und also durch die Gefäſswand gehen, so wäre es ja eigentümlich, wenn die vollkommen ähnlichen und genetisch verwandten Blutlymphocyten die Gefäſswand nicht auch passieren und also emigrieren könnten.

Was die Abstammung der lymphocytoiden Zellen im Gewebe betrifft, so verstehe ich nicht, woher PAPPENHEIM es sicher wissen kann, daſs die lymphocytoiden Zellen nur aus fibrillären Bindegewebe und nicht auch aus anderen histiogenen Gebilden, z. B. Epithelzellen entstehen können. Er scheint mir ganz und gar die Arbeiten von RETTERER[1] ignoriert zu haben. Diese sind doch vor fünf Jahren erschienen und während dieser Zeit nicht widerlegt worden; sie haben eher einige Anhänger gefunden.

Nach der Ansicht RETTERERS stammen die Lymphocyten der Tonsillen und des adenoiden Gewebes des ganzen Darmkanals nicht aus Bindegewebe, sondern aus Epithelzellen. Man könnte erwarten, daſs in einer groſsen Arbeit wie derjenigen PAPPENHEIMS, die so ausführlich die Lymphocyten mit allem, was dahin gehört, behandelt, RETTERERS Arbeit wenigstens eine Erwähnung finden sollte und nicht ganz ignoriert werden.

Gegen meine dualistische Anschauung von den beiden Arten von Plasmazellen mit verschiedenem Ursprung bemerkt PAPPENHEIM weiter: „Es wäre ja pathogenetisch höchst merkwürdig und für jeden denkfähigen Pathologen unverständlich, wenn der Tuberkelbacillus in einem Fall (diffuser Lupus) lediglich Lymphocytenanhäufung in einem anderen Fall (zirkumskripter Lupus) nur Bindegewebsproliferation erzeugen sollte". Das wenigste was man von einem Kritiker verlangen kann ist doch, daſs er den Verfasser, den er kritisieren will, richtig citiert und nicht die

[1] ED. RETTERER, Sur l'origine des follicules clos du tube digestif. *Anatomischer Anzeiger*, Ergänzungsheft zum Band X, 1895, S. 31.
ED. RETTERER, Histogenèse du tissu réticulé aux dépens de l'épithélium. *Anatomischer Anzeiger*, Ergänzungsheft zum Band XIII, 1897, S. 25.

Anschauungen des Verfassers falsch wiedergiebt. Das letzte thut indessen PAPPENHEIM. An keiner Stelle meiner Arbeit habe ich gesagt, dafs das Granulationsgewebe in meinem zweiten und ähnlichen Fällen „lediglich" aus Lymphocytenanhäufungen besteht. Ich habe in Fall 2 sehr deutlich (S. 102) alle die verschiedenen Zellen, die das Granulationsgewebe bilden, aufgezählt und dabei die blassen Bindegewebskerne zuerst erwähnt. Jeder, der meine Figur 4 etwas näher und nicht nur oberflächlich studiert, sieht deutlich, dafs wenigstens so viele blasse Bindegewebskerne wie gut ausgebildete Plasmazellen darin vorkommen. In Fall 1, wo die Bindegewebsveränderungen am meisten ausgeprägt sind, habe ich doch (S. 96) erwähnt, dafs man im Gewebe sehr vereinzelte polynukleäre Leukocyten und Lymphocyten sieht, so dafs PAPPENHEIM nicht das Recht hat, da „nur von Bindegewebsproliferation" zu sprechen. Darum sage ich auch in meiner Zusammenfassung: „Von den beiden Elementen, Bindegewebszellen und Leukocyten, die das Granulationsgewebe hier bilden, überwiegen bald das eine, bald das andere mehr als Hauptbestandteil." Das ist doch etwas anderes als was PAPPENHEIM mich sagen läfst um „lediglich" Lymphocytenanhäufung und „nur Bindegewebsproliferation".

Und warum nicht der Tuberkelbacillus in einem Fall mehr Bindegewebsveränderungen, in einem anderen mehr Leukocytenanhäufung oder Lymphocytenanhäufung hervorrufen könnte, verstehe ich trotz PAPPENHEIM nicht. Die Gonokokken rufen ja bald (bei akuter Gonorrhoe) überwiegend Leukocytenemigration, bald (bei chronischer Gonorrhoe) mehr proliferierende Bindegewebsveränderungen hervor. Warum können da nicht auch die Tuberkelbacillen bald mehr Lymphocytenanhäufung, bald mehr Bindegewebsveränderung erzeugen.

Aber weiter! Ich weifs nicht, ob PAPPENHEIM den grofsen Pathologen JOHANNES ORTH kennt. Sicher scheint mir zu sein, dafs er sein „Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie" entweder nicht kennt[8] oder ignoriert hat, denn JOHANNES ORTH hebt an so vielen Stellen in diesem Buche hervor, dafs dieselbe Ätiologie verschiedene pathologische Veränderungen hervorrufen kann, dafs PAPPENHEIM unmöglich das oben citierte schreiben konnte, wenn er dies gelesen hätte. So sagt JOHANNES ORTH z. B. auf Seite 356, Band I:

„Solche Fälle geben eine gute Erläuterung zu dem nicht genug zu betonenden Satze, dafs eine und dieselbe Ursache die allerverschiedensten anatomisch-pathologischen Effekte erzeugen kann," und etwas später: „dafs auch dieselbe anatomische Veränderung durch verschiedene Ursachen

[8] Da PAPPENHEIM nichts in der speziellen pathologischen Anatomie geschrieben hat, so ist es ja nur in Analogie mit seinen eigenen Gedanken, wenn man glaubt, dafs er spezielle pathologische Anatomie nicht studiert hat und also ein Lehrbuch dieser Wissenschaft nicht kennt.

hervorgerufen werden kann.“ Es ist also deutlich, dafs meine Anschauung, dafs der Tuberkelbacillus ein Granulationsgewebe hervorruft, in welchem bald die Bindegewebszellen, bald die Leukocyten mehr als Hauptbestandteil überwiegen, vollkommen mit der Anschauung JOHANNES ORTHS übereinstimmt. Aber da PAPPENHEIM meine Anschauung als „für jeden denkfähigen Pathologen unverständlich“ erklärt, so mufs man wohl annehmen, dafs PAPPENHEIM JOHANNES ORTH zu den nicht denkfähigen Pathologen rechnet!

Aber noch weiter! Auch wenn man die Plasmazellen, die ich MARSCHALKÓschе genannt habe, als veränderte Bindegewebszellen betrachtet, sind doch die beiden Arten von Lupus, was die Leukocytenveränderungen betrifft, einander unähnlich, denn in einigen (Fall 1 und ähnlichen) sieht man von Blutzellen „im Gewebe nur sehr vereinzelte polynukleäre Leukocyten“. Figur 1 zeigt auch gar keine solche. In Figur 4 dagegen, die von Fall 2 stammt, sieht man fünf deutliche polynukleäre Leukocyten[4] aufserhalb der Gefäfse und vier innerhalb derselben. Da die Emigrationsfähigkeit der polynukleären Leukocyten bewiesen ist, und diejenigen Leukocyten, die aufser dem Gefäfse liegen, denjenigen die innerhalb desselben sind vollkommen ähnlich sind, erlaube ich mir nicht daran zu zweifeln, dafs diese polynukleäre Leukocyten wirklich ausgewanderte sind. Folglich besteht im Fall 2 trotzdem — auch wenn man von Plasmazellen und lymphocytenähnlichen Zellen absieht — eine deutliche Emigration, was nach PAPPENHEIM nicht zu verstehen wäre.

Dafs meine Arbeit einer Kritik ausgesetzt war, ist ja nicht zu verwundern, da dieselbe eine so schwere und viel umstrittene Frage wie die Plasmazellenfrage behandelt. Das habe ich erwartet. Doch die Art, in welcher PAPPENHEIM kritisiert, finde ich nicht wissenschaftlich, denn dann mufste er meine Gründe widerlegen, mufste durch neue Thatsachen, die er gefunden hatte, zeigen, dafs meine Thatsachen nicht das beweisen, was ich geglaubt habe, sondern etwas anderes. Das wäre wissenschaftlich und ich würde, wie jeder Mann der Wissenschaft das meiner Ansicht nach thun sollte, mich diesen neuen Thatsachen beugen.

Aber PAPPENHEIM stellt nur seine Anschauung gegen meine und sucht die letztere zu verspotten. Mit einem solchen Gegner ist nicht mehr zu streiten. Ich will ihm nur versichern, dafs, da er JOHANNES ORTH zu den nicht denkfähigen Pathologen rechnet, es mir eine grofse Ehre ist, dafs er auch mich als einen solchen betrachtet. Für diese Ehre spreche ich dem Herrn PAPPENHEIM meinen besten Dank aus.

---

[4] Im unteren Teil von Figur 4, rechts von dem Gefäfse ist unrichtig ein polynukleärer Leukocyt mit *P* statt mit *p* bezeichnet.

In Sachen der Plasmazellen.

An Herrn Dr. Almkvist.

Von

Dr. A. Pappenheim-Hamburg.

Nach Erledigung der formal-persönlichen Seite der Angelegenheit mit Herrn Joseph habe ich der sachlichen Entgegnung Almkvists mit wirklicher Spannung entgegengesehen. Würde ich durch dieselbe zu der Überzeugung gelangt sein, vorschnell geurteilt und einem schätzenswerten Mitarbeiter auf einem der schwierigsten Gebiete der Pathologie Unrecht gethan zu haben, ich hätte keinen Augenblick gezaudert, demselben frei und offen mir etwa untergelaufene Mifsdeutungen einzugestehen und die Wahrheit höher zu schätzen als meine persönlichen Ansichten.

In dieser Hinsicht bin ich indes durch die Antwort Almkvists in nicht unangenehmer Weise enttäuscht worden. Ich bin von meinen Anschauungen nicht nur nicht abgebracht, sondern in dem Urteil über die Almkvistschen Ergebnisse nur noch bestärkt worden.

Herr Max Joseph hätte Almkvist die Verteidigung doch nicht so getrost überlassen sollen, denn Verteidigung und Beweisführung bieten für jedermann so durchsichtige Schwächen, dafs es wohl nicht nötig und von mir nicht zu verlangen ist, den Raum dieser Zeitschrift mit einer so unproduktiven Leistung, wie es eine detaillierte Widerlegung ad hoc wäre, in Anspruch zu nehmen. Doch werde ich bei meiner nächsten Studie über den in Frage stehenden Gegenstand gelegentlich auch die Almkvistschen Ansichten nochmals streifen und dabei auch ihre neuerliche Begründung näher beleuchten.

An dieser Stelle soll jetzt nur auf einige besonders eklatante Hauptpunkte der Argumentation A.s in aller Kürze eingegangen sein, damit auch mein vorläufiges Schweigen nicht etwa irgend welchen Mifsdeutungen ausgesetzt sei.

Verfahren wir der Reihe nach, Almkvist schreibt:

1. „Joannovics hat für seine erste Art von Plasmazellen (meine Marschalkóschen Plasmazellen entsprechenden) die Herstammung aus Lymphocyten und polymorphkernigen Leukocyten, und für seine zweite Art (meine Unnaschen Plasmazellen) die Herstammung aus Bindegewebszellen angegeben. An keiner Stelle hat er einen doppelten Ursprung für jede Art angenommen.“ (S. 282.)

Ich kann Herrn Almkvist nur dringend ans Herz legen, sich das Studium der J.schen Arbeit etwas mehr angelegen sein zu lassen und sich erst genau in die Anschauungen dieses Autors hineinzuleben und

über seine Absichten zu informieren, bevor er sie wiedergiebt und anderen solch fälschliche Kommentierungen imputiert.

a) Vor allem läfst JOANNOVICS Plasmazellen nicht aus polymorphkernigen, sondern naturgemäfs aus mononukleären Leukocyten hervorgehen, das sind nach EHRLICH (Anämie I, S. 49) Zellen mit excentrischem, mehr oder weniger rundlichem Kern. Wie sollten denn auch die ein- und rundkernigen Plasmazellen aus polymorphkernigen Zellen hervorgehen?

b) Nirgends spricht JOANNOVICS von zwei Arten von Plasmazellen, sondern er spricht stets nur von Plasmazellen schlechthin und versteht darunter stets nur seinen ganz bestimmten, morphologisch wohl charakterisierten Zelltypus. Etwas ganz anderes wie die Plasmazellen sind bei J. die „im Plasma gefärbten jungen Bindegewebszellen". In genetischer Hinsicht leitet J. seine Plasmazellen überwiegend aus hämatogenen leukocytären Gebilden ab; in selteneren Fällen freilich verhalten sich auch gewisse der jungen Bindegewebszellen morphologisch absolut wie Plasmazellen, so dafs also der nämliche Zelltyp genetisch nicht nur von Leukocyten, sondern auch nachweislich von histioiden Elementen erzeugt werden kann.

2. A. giebt zu verstehen, Plasmazellen auch noch wo anders als bei Tuberkulose studiert zu haben. Mag sein. Seine Schlufsfolgerungen hat er aber nur aus seinen veröffentlichten „Tuberkulose-Studien" gezogen und als echter „Mann der Wissenschaft", wie er ihn sich denkt, weittragende Folgerungen aus unzureichenden Beobachtungen abgeleitet. Bedauerlich ist es nur, dafs er seine übrigen Studien der Welt vorenthalten hat!

3. „Und die Zellen, die ich MARSCHALKósche genannt habe, zeigen, mit UNNAs polychromem Methylenblau gefärbt, nicht die starke eigentümliche und charakteristische Granoplasmafärbung, sondern nur eine gewöhnliche Färbung, wie man sie auch mit den meisten anderen Färbungen bekommen kann." (S. 284.)

Während Anfertigung meiner Plasmazellenarbeit hat mir „der grofse Meister UNNA", auf den A. sich hier für die Berechtigung der von ihm vorgenommenen Trennung in zwei Arten beruft, wiederholt seine Plasmazellpräparate demonstriert, von denen jedermann wohl wird zugeben dürfen, dafs er über tadellos gefärbte Präparate verfügt und die Kaprizen seiner Methylenblaumethode genau kennt. U. belehrte mich, dafs nur bei schlecht gefärbten Präparaten Granoplasmafärbung völlig vermifst werde und zeigte mir, dafs gewisse, bei schwachen Vergröfserungen aber guter Färbung scheinbar diffus gefärbte Plasmazellen, bei stärksten Vergröfserungen deutlich eben solches grobscholliges Granoplasma erkennen lassen, wie es die „UNNAschen Plasmazellen" schon prima vista bei schwächeren Vergröfserungen erkennen lassen;[1] U. bezog diese graduelle Verschiedenheit

[1] Hier möchte ich auch zufügen, dafs, wie uns U. zeigt, der viel gedeutete circumnukleäre helle Hof lediglich nur eine optische Erscheinung ist, die bei stärksten Vergröfserungen verschwindet, d. h. ebenfalls mit scholligem Granoplasma, das dort indes weniger dicht angehäuft ist, angefüllt ist.

auf die Einwirkung verschiedener Menstruen, indem bei gut vaskularisiertem succulenten Gewebe (Schleimhäute) die „leukocytäre“ Plasmazelle etwas quillt und hypertrophiert, ihr Granoplasma sich diffuser im Zellleib ausbreitet; im trockenen Gewebe indes (Umgebung von Cancroid), wo die Zellen dichter liegen und sich drücken, erscheinen sie unregelmäfsiger konturiert, zottig, quasi geschrumpft, das Granoplasma dichter und grobkörniger geballt. Zum Überflufs nennt gerade v. MARSCHALKÓ seine (hämatogenen) Plasmazellen ihres integrierenden Granoplasmagehalts wegen „Krümelzellen“. Jedenfalls würde es auch hiermit sehr gut harmonieren, dafs A. seine lymphocytären MARSCHALKÓzellen dort findet, wo das Granulationsgewebe vereitert ist (Fall 2) also auch serofibrinöse Exsudation stattgehabt hat.

4. „Aber wirkliche Zwischenformen von diesen beiden Zellarten sind gerade das, was ich gesucht, aber nicht gefunden habe“... Kommen solche scheinbaren Zwischenformen vor, „dann ist immer das Protoplasma degeneriert.“ „Warum bildet PAPPENHEIM diese interessanten Zwischenformen nicht ab?“ (S. 285.)

Sehr bequeme Willkür! Übrigens ist schon in der soeben gepflogenen Erörterung über Passus 3 die genetische Zusammengehörigkeit der zwei angeblich verschiedenen Arten involviert; den Ort, wo man solche „Zwischenformen“ isoliert ohne andere leicht finden kann, habe ich Herrn A., der sich doch mit seinen ausgedehnten Plasmazellforschungen jetzt so brüstet (S. 283), bereits früher genannt. Bei Lupus und tuberkulösem Granulationsgewebe sind sie allerdings nicht immer so leicht mit der Methylenblaumethode zu finden. Es wären das rundlichovale Zellen mit regelmäfsiger Kernkontur und meist excentrischem Radkern, die also völlig den Habitus der MARSCHALKÓ-Zelle darbieten, aber erst bei stärkeren Vergröfserungen deutlich grobscholliges Granoplasma, ganz wie die UNNA-Zelle, darbieten. KROMPECHER-JUSTI habe solche Zellen abgebildet und auch ich bringe unter Fig. 4 und 5 solche Zellen, verehrter Herr ALMKVIST! Sie aber nennen sie, wenn sie mit UNNA-Zellen zusammen vorkommen, dann einfach degenerierte Zellen (U. d.).

5. ALMKVIST hat also jetzt endlich von meiner Arbeit Kenntnis genommen. Meine Absicht habe ich demnach also erreicht. Wer zufällig keinem Universitätskörper angehört, ist in Deutschland, dem Lande der freien Wissenschaft, wo, wie männiglich bekannt, die akademische Würdigung stets nur von wissenschaftlicher Qualifizierung abhängig gemacht wird, leicht der Gefahr ausgesetzt, vergewaltigt oder als quantité négligeable betrachtet zu werden. So lange meine Arbeiten, die ich aus innerstem Arbeitsdrang heraus lediglich in redlichem Eifer für die Wissenschaft und im Dienste derselben fertige, Anspruch auf einwandsfreie Methodik erheben können, gedenke ich mir solches nicht gefallen zu lassen und stets, wie das jetzt endlich statuierte Exempel zeigt, nach dem bekannten Kaiserwort „feste um mich zu hauen“. Quos ego!

Herr ALMKVIST hat mich indes nicht genau genug studiert und unterschiebt mir fälschliche Meinungsäufserungen, wenn er sagt, dafs „auch PAPPENHEIM zugiebt“ ..., dafs lymphocytoide Zellen „aus dem Bindegewebe in die Gefäfse hineinwandern können und also durch die Gefäfswand gehen“ (S. 286).

Gerade das eben habe ich überall energisch bestritten, so u. a. auch UNNAS Schüler HERBERT gegenüber (s. Teil I meiner Arbeit, S. 390), wo ich lediglich eine passive Abführung in die offenen Saftkanälchen urgiere und ausdrücklich sage: „von einer aktiven Immigration dieser Elemente transversal durch die geschlossenen Gefäfswände hindurch ... kann wohl nicht die Rede sein“. Ich wiederhole jetzt ALMKVISTS schöne goldene Worte: „Das wenigste, was man von einem Kritiker verlangen kann, ist doch, dafs er den Verfasser, den er kritisieren will, richtig citiert und nicht die Anschauungen des Verfassers falsch wiedergiebt“ (ibidem).

Aus meinen Worten also kann A. keine Stütze für die Möglichkeit einer Lymphocytenemigration herleiten und er hätte sich den ganzen mühsamen theoretischen Exkurs über die Morphologie und Histiogenese der Lymphocyten sparen können. Ich meinerseits möchte aber hier doch nochmals betonen, dafs ich allerdings u. a. auch mit dem EHRLICH-RIBBERTschen Dogma von dem Emigrationsunvermögen als dem in der Hämatologie z. Z. herrschenden, operierte, das zwar viel Wahrscheinlichkeit, aber doch noch keine absolute Gewifsheit für sich hat. Meine theoretische Anschauung von der Natur der Plasmazellen basiert, wie eine genauere Lektüre meiner Arbeit zeigt, noch auf vielen anderen Beweisgründen und fällt noch lange nicht, wenn dieses EHRLICHsche Dogma umgestofsen werden sollte, zugleich mit diesem.

6. A. empfiehlt mir die „Arbeiten von RETTERER“ zur näheren Beachtung, nach welchem Autor lymphocytoide Gebilde auch aus „anderen histiogenen Gebilden, z. B. Epithelzellen“ entstehen können (S. 286).

Hier mufs ich mich allerdings für so völlig rückständig erklären, dafs alle „Arbeiten“, welche einem eine Entstehung roter Blutscheiben oder weifser Blutzellen aus Epithelzellen zumuten wollen, vor der Hand für mich absolut undiskutabel sind, wie sie es auch bisher für so manche andere Autoren waren; deshalb möchte ich auch ALMKVIST davor warnen, daraus, dafs diese Arbeiten bisher eine Widerlegung nicht erfahren haben, falsche Schlüsse zu ziehen. Unter histiogenen Rundzellen werde ich also trotz ALMKVIST bis auf weiteres nur Abkömmlinge von Bindegewebszellen verstehen.

7. Ich komme jetzt schliefslich zu dem sub 5 bereits erwähnten Klageruf ALMKVISTS, dafs ich seine Anschauungen falsch wiedergegeben habe, da er an keiner Stelle gesagt, „dafs das Granulationsgewebe ... ‚lediglich‘ aus Lymphocytenanhäufungen besteht“ (S. 287). Diesem folgt ein längeres allgemein pathologisches Privatissimum, das uns über den

Lerneifer und Wissensschatz A.s nur mit innigem Behagen erfüllen kann, und schliefslich die pièce de resistance der ganzen ALMKVISTschen Verteidigung, nämlich die Offensive. Er versucht, um sich sachlich zu decken, die Autorität ORTHS persönlich gegen mich aufzureizen. Warum aber wohl gerade ORTH?... Die passende Antwort mag jeder Leser sich selbst geben. Indes stehe ich ja zu „dem grofsen Pathologen" in gar keinem Gegensatz. Die Anwendung dieser Ultima ratio seitens A. war thatsächlich ebenso unnötig wie von Ungewandtheit zeugend. Er brauchte wirklich nicht ganze Sätze aus einem der weitverbreitetsten Lehrbücher zu zitieren, um zu zeigen, was längst Gemeingut der Pathologie ist, dafs dieselbe Ursache verschiedene Wirkungen hervorrufen kann. Aus RINDFLEISCH, BIRCH-HIRSCHFELD, ZIEGLER, KLEBS, SCHMAUS, KAUFMANN oder sonst wo hätte er ebensogut bezügliche Stellen zitieren können, hätte er je Gelegenheit genommen, sie einzusehen. Aber über falsche Auslegung seiner Anschauungen darf er sich nicht beklagen. Ich habe lediglich die logischen Konsequenzen seiner eignen Lehren gezogen, deren Tragweite er allerdings anscheinend nicht ganz hat überschauen können. Was er mit der gesamten deutschen Pathologie, der auch ich mich stets völlig angeschlossen habe, gern vertreten möchte, sagt er uns jetzt, was er aber in der That, ohne es zu wollen, im Gegensatz zu ihr ins Werk gesetzt hat, sagt uns seine von mir kritisierte Lupusarbeit. Jetzt schreibt er freilich: „An keiner Stelle meiner Arbeit habe ich gesagt, dafs das Granulationsgewebe ... ‚lediglich' aus Lymphocytenanhäufungen[1] besteht" (S. 287) und begründet dies damit, dafs er in seinem Fall 1 und 2 auch polynucleäre Leukocyten (!!!) beschrieben und abgebildet hat.

Polynucleäre Leukocyten führen aber, wie eigentlich nun endlich männiglich bekannt sein dürfte, abgesehen von ihrer Kernpolymorphose, neutrophile Granula in oxyphilem Zellleibe. Aus ihnen leitet als im Ernst doch auch wohl A. keine Plasmazellen ab; die basophilen ungekörnten Plasmazellen werden vielmehr gewöhnlich stets von MARSCHALKÓ bis JOANNOVICS von Lymphocyten abgeleitet, zu denen genetisch auch die sogenannten mononucleären Leukocyten (s. oben) gehören; auch diese Zellen, die in den Keimcentren der Lymphdrüsen vorkommen, sind Entwickelungsformen von grofsen Lymphocyten. Von Lymphocyten aber dürfte doch wohl auch A. seine MARSCHALKÓschen Zellen ableiten, da er grofs und breit (S. 282) schreibt: „Die Zellen, die ich MARSCHALKÓsche Plasmazellen nenne und als veränderte Lymphocyten betrachte".

Nun aber steht geschrieben auf S. 119 seiner Lupusarbeit: „Bisher habe ich keine Fälle gesehen, wo UNNAsche und MARSCHALKÓsche Plasmazellen zusammen vorkommen".

Mit anderen Worten heifst dieses doch, dafs in einem Falle nur histiogene, im anderen nur hämatogene Plasmazellen sich fanden. Da

[1] Im Original nicht gesperrt.

aber A. Plasmazellen durch metabolische Verarbeitung von Substanz aus noch nicht „plasmatischen“ leukocytären und bindegewebigen Zellen entstehen läfst (S. 121 s. Lupusarbeit), so würde daraus folgen, dafs in dem aus Bindegewebszellen und Leukocyten zusammengesetzten Granulationsgewebe (S. 112 ibid.) merkwürdigerweise an dem einen Ort nur die Leukocyten, an dem andern nur die Bindegewebszellen diesen Prozefs durchmachen.

Was die pathologischen Produkte des Kochschen Bacillus anbetrifft, so weifs man ja zur Genüge, was für mannigfaltigen Veränderungen derselbe folgt und dafs derselbe sogar u. a. banale Eiterung sowie kleinzellige Rundzellenexsudate (Pleuritis etc.) hervorrufen kann.

Betreffs der Histiogenese der spezifischen tuberkulösen Rundzellgeschwülstchen, des Tuberkels und des Lupusknötchens, sowie der Natur der kleinen runden Exsudatzellen sind die Anschauungen der Forscher je nach ihrem verschiedenen theoretischen Standpunkt konträr entgegengesetzte. Die einen plädieren für lediglich exsudative Rundzellen (Metschnikoff), bezw. Lymphocyten (Ribbert), die anderen wollen nur histiogene Granulationszellen zulassen (Virchow, Unna). v. Baumgarten und die meisten Pathologen lassen zwar den Tuberkel sowohl aus hämatogenen wie histiogenen Zellen bestehen, erklären aber die hier allein in Frage stehenden kleinen Rundzellen im Gegensatze zu den Epithelioidzellen und Riesenzellen überall lediglich nur für banale aus dem lymphatischen Apparat stammende und emigrierte Lymphocyten. Dafs ein tuberkulöses und lupöses Granulationsgewebe vereitern kann, braucht uns Almkvist aber wohl nicht erst zu lehren; dabei sind eben die polynucleären Leukocyten lediglich etwas sekundär accidentelles; den essentiellen Bestandteil eines Plasmoms bilden indes die einkernigen Rundzellen bezw. Plasmazellen, die man auch hier, je nach dem verschiedenen Standpunkt, als Lymphocyten oder als lymphocytoide Zellen deuten kann.

Dafs aber bisher ein Forscher dasselbe tuberkulöse Produkt, also das Lupusplasmom, an verschiedenen Orten aus zwei prinzipiell verschiedenen Zellen hervorgehen läfst, wie es angeblich die Marschalkóschen und Unnaschen Plasmazellen sein sollen, dort also nur eine hämatogene, hier nur eine histiogene Entstehung urgiert, das ist bisher ein novum et inauditum, das wohl mit am schreiendsten gegen die von Almkvist vorgenommene Zerlegung des Plasmazellbegriffs spricht und auch einstweilen wohl im Orth kein Bürgerrecht erwerben dürfte.

Somit kann ich nach all diesem Herrn Almkvist voll aufrichtigen Mitleids nur ein wohlgemeintes „Si tacuisses!“ zurufen.

Nachdem so im einzelnen die Behauptungen A.s zerpflückt und widerlegt sind, resümieren wir das Ganze nochmals im Zusammenhang:

A. behauptet i. G. zu Joannovics, dafs die sog. lymphocytären Plasmazellen nie mit den histiogenen zusammen vorkommen, indem er in wenigen

Fällen von Hauttuberkulose (wo sekundäre Leukocyteneinwanderung vorlag) nur Plasmazellen ohne Granoplasma fand, die er schlechtweg als lymphocytär deutete, in anderen Fällen, wo Bindegewebsproliferation überwog, aber nur nachweislich histiogene Plasmazellen zu finden behauptete.

Ich behaupte, dafs, geeignete Fixation und Färbung vorausgesetzt, gesunde (grofse) Plasmazellen stets Granoplasma führen, dafs also nicht zwei Arten von Plasmazellen existieren, sondern dafs nach der tinktoriellen Unnasche Definition, die ja Almkvist völlig acceptiert, höchstens von zwei verschiedenen Erscheinungsformen ein und derselben Zellart die Rede sein kann, die auch miteinander vorkommen und durch Übergänge verbunden sind. Schon die bei beiden seiner Arten konstatierten gemeinsamen morphologischen Merkmale, wie excentrische Lage des Kernes, circumnucleäre Zone etc. hätten A., ebenso wie das angeblich völlig isolierte Vorkommen der beiden Arten, stutzig machen und vor vorschnellen Schlüssen warnen sollen.

a) Ist das Granoplasma nicht darstellbar, so kann dies einmal an der Vorbehandlung liegen, an Mängeln der Färbung oder Fixation. Unna hat gezeigt, dafs z. B. in gegerbten Präparaten Granoplasma nicht darstellbar ist, sowie dafs man auch künstlich die Methylenblau-Färbemanipulationen so variieren kann, dafs die Kerne sehr stark hervortreten, während das Granoplasma nicht zur Darstellung gelangt.

Ich kann von hier aus die Güte der Almkvistschen Präparate nicht prüfen, nehme also an, dafs er wenigstens die Methode beherrscht hat, mit der er arbeitete.

b) War die Vorbehandlung einwandsfrei, so kann es sich um sekundär veränderte, pathologische Plasmazellen handeln, da ja Unna nachgewiesen hat, dafs durch Serum und Lymphe Granoplasma ausgelaugt wird. Es könnte also sein, dafs u. U. ganze Plasmome nur aus degenerierten (histiogenen) Plasmazellen bestehen.

(Man hätte schliefslich noch mit der Vorstellung zu rechnen, dafs gewisse granoplasmafreie Rundzellen mit Plasmazellen-Habitus Vorstufen von Plasmazellen seien, wie solches Krompecher und Joannovics angenommen und die betreffenden Gebilde als Lymphocyten bezw. grofse mononucleäre Leukocyten (Hodaras Pseudoplasmazellen) gedeutet haben. Ich halte auch diese Vorstufen für histiogen und spreche sie demgemäfs als leukocytoide Zellen an. Über diesen Punkt soll a. a. O. ausführlicher gehandelt werden.)

c) Schon Krompecher und Joannovics hatten im Gegensatz zu Almkvist längst gezeigt, dafs leukocytenähnliche, granoplasmafreie Rundzellen neben ausgebildeten typischen Plasmazellen vorkommen und hatten eben daraus ihre Schlüsse gezogen; ausgedehntere Untersuchungen als sie A. angestellt hat, bestätigen dieses jederzeit mit Leichtigkeit. Desgleichen sind bei sorgfältigerer Durchmusterung eines gröfseren Untersuchungsmaterials Zwischenformen zwischen cytolytischen Derivaten, bezw. grano-

plasmalosen Vorstufen und fertigen Plasmazellen an geeigneten Orten und zu den betreffenden Stadien immer zu konstatieren.

Aus alledem folgt, dafs die zweite lymphocytäre Plasmazellenart von ALMKVIST in Wirklichkeit als solche nicht existiert. Es giebt im Granulationsgewebe nicht zwei Arten von Plasmazellen, deren eine die andere imitiert, wie dieses etwa Leukocyten und leukocytoide Zellen thun, sondern nur eine Art. Für die Ansicht, dafs diese eine Art lymphocytogen sei, sind bis vor kurzem mannigfaltige Gründe und Beobachtungen beigebracht worden. Nach diesen wurden auch die typischen UNNAschen Zellen als lymphocytären Ursprungs gedeutet. In letzter Zeit neigt sich die Schale mehr zu Gunsten der histiogenen Abstammung; demnach würden dann auch ALMKVISTS MARSCHALKÓ-Zellen als histiogene anzusprechen sein.

Aus diesen Darlegungen geht also wohl mit Evidenz hervor, dafs die Deutung, die A. seinen Befunden beilegt und die daraus hergeleite Auffassung vom Wesen der Plasmazellen und der entzündlichen Granulome keineswegs berechtigt ist, zumal ihre logischen Konsequenzen absurd und inhaltlos sind. Ich glaube demnach zu meiner Kritik vollste Berechtigung gehabt zu haben und halte alle meine Behauptungen aufrecht.

Die ALMKVISTschen Forderungen sind somit erfüllt. Seine Gründe sind widerlegt (S. 288). Neue Thatsachen zu finden, die zeigen, dafs seine Thatsachen nicht das beweisen, was er geglaubt, sondern etwas anderes, ist wohl einstweilen nicht mehr nötig, da genug entgegenstehende, die allerdings Herr ALMKVIST nicht gekannt hat, existieren und von mir aufgezählt sind. Es ist nun an Herrn ALMKVIST, sein Versprechen wahr zu machen, und sich diesen Thatsachen als „Mann" der Wissenschaft, der er doch so gerne sein will, zu beugen, d. h. seinen Befunden eine andere weniger weittragende Deutung zu geben. Weil er bei einigen wenigen seiner Untersuchungen nur granoplasmafreie Zellen fand und diese als lymphocytär deutete, wünschte er, um zwei Arten von Plasmazellen annehmen zu können, dafs dieselben immer nur deutlich getrennt vorkommen sollten. Deshalb deutet er granoplasmaarme Plasmazellen, wenn sie, wie zumeist, mit granoplasmareichen histiogenen Plasmazellen zusammen vorkommen, einfach inkonsequent nicht als lymphocytär, wie er hätte müssen, sondern zufällig richtig als degenerierte histiogene Zellen. Seine Befunde geben aber für eine lymphocytäre Herkunft von Plasmazellen keinen Anhalt, und, wollte er wissenschaftlich verfahren, so mufste er seine granoplasmalosen Zellen, auch wo sie allein vorkommen, als degenerierte histiogene UNNAsche Zellen ansprechen. Hoffen wir, dafs er es thut!

Die Almkvistschen Plasmazellen.

Von

P. G. Unna.

Durch die vorhergehenden Bemerkungen von Almkvist und Pappenheim wurde meine Aufmerksamkeit auf die in Josephs Laboratorium entstandene Arbeit von Almkvist und speziell dessen Behauptung gelenkt, dafs es zwei durchaus verschiedene Arten von Plasmazellen gebe. Um mir ein Urteil über diese auffällige und meinen bisherigen Erfahrungen widersprechende These bilden zu können, bat ich Herrn Almkvist, mir womöglich einige diesbezügliche Präparate zur Ansicht zukommen zu lassen und erhielt auch umgehend durch seine Vermittelung solche von Herrn Joseph freundlicherweise zugesandt, wofür ich beiden Herren meinen besten Dank sage.

Es ist in der That ganz richtig und entspricht den von Almkvist in seiner Arbeit mitgeteilten Thatsachen, dafs die Plasmazellen in den verschiedenen Fällen ein ganz verschiedenes Aussehen zeigen. Mir liegen Präparate von Almkvists ersten vier Lupusfällen vor, und die betreffenden Differenzen fallen insbesondere beim Vergleich derjenigen seiner Fälle II und III auf. Meinen eigenen Präparaten entsprechen überhaupt eigentlich nur die des Falles III; alle anderen Fälle zeigen die Plasmazellen in ungewöhnlicher Weise gefärbt. Da die Gegensätze aber besonders scharf beim Vergleiche der Schnitte der Fälle II und III in die Augen springen und diese auch den besonders abweichenden Schilderungen der Fälle II und III von Almkvist zu Grunde gelegen haben, so knüpfe ich die folgenden Bemerkungen speziell an diese Präparate an. Meine Erklärung der Differenzen, deren Berechtigung hier leicht erweisbar ist, gilt übrigens auch für die Fälle I und IV, soweit die weniger eklatanten Befunde derselben in Betracht kommen.

Für jeden, welcher in Granoplasmafärbungen Erfahrung besitzt, hat das betreffende Präparat des abweichenden Falles II ein für eine richtig ausgeführte Färbung mit polychromer Methylenblaulösung und Glycerinäthermischung sehr auffallendes Aussehen:

1. Bei schwacher Vergröfserung zeigt der Schnitt im ganzen ein grünliches Aussehen. Nicht wie bei einer guten Färbung treten einzelne Elemente (z. B. Endothelien, Kapillarwände) schwach grünlich zwischen stark blau und violett gefärbten Elementen hervor, sondern fast alles hat einen grünlichen Ton, und nur die Zellherde unterbrechen denselben als blaue Einsprengungen.

2. Schon bei schwacher Vergrößerung fällt das starke Hervortreten der Mastzellen auf und zwar sind dieselben nicht wie an guten Präparaten rein rot, sondern dunkelviolett gefärbt, d. h. es besteht keine Juxtaposition der Farben, kein Mastzellenrot neben Plasmazellenblau, sondern eine Superposition von Rot und Blau an Stelle der Mastzellen, während die übrigen Zellen nur mattblau gefärbt und daher relativ blafs erscheinen. Die Mastzellen zeigen mithin dieselbe Präponderanz wie auf Schnitten, welche blofs auf Kerne, nicht auf Protoplasma gefärbt sind.

3. Damit harmoniert auch die Thatsache, dafs bei starker Vergrößerung eigentlich nur eine reine Kernfärbung sich zeigt. Sowohl die Plasmatochterzellen wie die Spindelzellen weisen kaum irgendwo eine Färbung des Zellleibes auf und nur die Plasmazellen und größeren, mehrkernigen Chorioplaxen zeigen ein ganz blasses, bläulichgraues, fast homogenes Protoplasma.

4. Am allerauffallendsten ist aber die Thatsache, dafs alle Blutkapillaren durch eine starke Färbung der roten Blutkörperchen wie an einem wohlgelungenen Injektionspräparat hervortreten, und dafs auch das fädige Fibrin in denselben gefärbt ist. Das geschieht niemals nach einer einfachen Härtung in absolutem Alkohol, wie sie für eine gute Granoplasmafärbung conditio sine qua non ist; nach einer solchen ist der durch Methylenblau tingible Bestandteil der roten Blutkörperchen regelmäfsig ausgelaugt und auch das Fibrin färbt sich keineswegs mittelst Protoplasmafärbung.

Da die abweichende Färbung der Plasmazellen mithin nicht die einzige auffallende Differenz der Präparate im Falle II war, wandte ich mich an Herrn Joseph mit der Frage, ob die Präparate wirklich nur in Alkohol fixiert seien, was derselbe mir in zuvorkommendster Weise bestätigte. Alle die vier genannten Besonderheiten würden sich nämlich einfach erklärt haben, wenn die Schnitte vor der Färbung mit Formalin, Sublimat, chromsaurem Kalium, Pikrinsäure oder Tannin, genug, mit irgend einer Substanz in Berührung gewesen wären, welche mit der Substanz der roten Blutkörperchen und dem Granoplasma eine beständige Verbindung eigner Art eingehen kann.

Da nach Herrn Josephs Angabe das Lupusstück des Falles II nur mit Alkohol in Kontakt war, so ist eine so einfache und befriedigende Erklärung allerdings nicht möglich. Aber dennoch ist die Ursache des fremdartigen Aussehens für mich vollkommen klar, da es in allen Stücken den Anblick gewisser alter, für die Granoplasmafärbung verdorbener Präparate von mir aus der Zeit vor 1892 wiederholt, als ich noch mit der Ausarbeitung der Granoplasmamethode beschäftigt war. Es entspricht nämlich genau den Eigenschaften eines Materials, welches wohl in

Alkohol gehärtet, aber während der Härtung oder auch erst im Celloidinblocke mit den Gerbsäuren von Kork- oder Holzstücken (zum Flaschenverschluſs oder Aufkleben) in Kontakt gekommen ist. Wenn zu den Präparaten nur irgendwo gerbsäurehaltiger Spiritus Zutritt hatte, so wird:

1. die Farbe der Schnitte grünlich, da sie weniger Methylenblau festhalten,
2. treten die Mastzellen stark hervor und fixieren noch Methylenblau, wenn die anderen Elemente dasselbe abgeben,
3. verwandelt sich aus demselben Grunde die Protoplasmafärbung in eine nahezu reine Kernfärbung und
4. werden die roten Blutkörperchen nicht vollkommen ausgelaugt, wie von reinem Alkohol, und färben sich dementsprechend nachträglich mehr oder weniger vollkommen; auch das Fibrin wird durch die Tanninbeize der Färbung mit Methylenblau zugängig.

Schon im Jahre 1892 habe ich dringend vor diesem Kunstfehler gewarnt. „Aber, um es gleich von vornherein zu betonen, wer nach der von mir angegebenen Methylenblaumethode die Frage des Protoplasmas und damit die Frage der Herkunft der Zellen von neuem aufnehmen will, bringe sein Material nur mit reinem Alkohol vorher in Berührung. Ja, so empfindlich ist die Reaktion des Methylenblaus, daſs Spuren von Gerbsäure im Alkohol, die z. B. von Korken ausgehen, welche man vielleicht zum Aufkleben der Celloidinstücke gebraucht hat, die Färbung illusorisch machen.“[1]

An solchen unbewuſster Weise „tannisierten“ Schnitten findet man nun auch das Granoplasma der Plasmazellen so schwach und homogen gefärbt, wie ALMKVIST es bei seinen „MARSCHALKÓschen Zellen“ im allgemeinen und bei den Zellen seines Falles II im besonderen findet und wie ich es für diesen seinen Fall auch nur bestätigen kann.

Ich kann daher nach einer Prüfung der ALMKVISTschen Präparate die von diesem Autor gefundenen Differenzen der Plasmazellen nur bestätigen, dieselben aber nicht für geeignet halten, eine neue Form derselben aufzustellen. Auch bezweifle ich, daſs v. MARSCHALKÓ mit der neuen Definition seiner „lymphocytären Plasmazellen“ durch ALMKVIST einverstanden sein wird.[2]

---

[1] UNNA, Über die Bedeutung der Plasmazellen etc. *Berl. klin. Wochenschr.* 1892. No. 49. Damals gab es zu diesem Zwecke noch kein Stabilit und Durit. Ich half mir so, daſs ich neue Holzstückchen mit Sodalauge auskochen lieſs.

[2] Bei der Wichtigkeit der Sache für die Lehre vom Granoplasma habe ich im Hamburger biologischen Verein (Sitzung vom 11. März 1902) derartige „ALMKVISTsche Plasmazellen“ demonstriert, und zwar an dem Plasmom des weichen Schankers. Es ist nämlich nichts leichter, als noch an einem gut gehärteten Material nachträglich durch Behandlung der Schnitte mit einer schwachen Tanninlösung das Gewebe so zu

verändern, daſs die pol. Methylenblau-Glycerinäther-Methode statt des gewöhnlichen Bildes: 1. eine grünliche Gesamtfärbung, 2. übermäſsiges tinktorielles Hervortreten der Mastzellen, 3. eine nahezu reine Kernfärbung und 4. eine Homogenisierung und abgeschwächte Färbung des Granoplasmas der Plasmazellen zeigt. Die Fixierung der roten Blutkörperchen ist, nachdem sie einmal in absolutem Alkohol ausgelaugt sind, natürlich an solchen Präparaten nicht mehr möglich. Dazu gehört die Einlage frischen Materials in eine tanninhaltige Fixierungsflüssigkeit.

Versammlungen.

Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau.

Sitzung vom 25. Januar (7. Februar) 1902.

Originalbericht von Arth. Jordan-Moskau.

1. Metscherski demonstrierte ein junges Mädchen mit **Werlhofscher Krankheit.** Die anämische Patientin zeigt besonders auf den unteren Extremitäten Purpuraflecke und pigmentierte Stellen. Der Prozeſs besteht schon längere Zeit und kennzeichnet sich durch besonders abends auftretende Blutflecke resp. Blasen mit blutigem Inhalt, Kräfteverfall und Temperatursteigerung. In dem Blaseninhalt werden Streptokokken gefunden. Auf Grund der fehlenden Zahnfleischblutungen, wie der Blutungen in die Muskelsubstanz, schlieſst M. Skorbut aus.

Diskussion: Pospelow stimmt der Diagnose bei und sieht als ätiologisches Moment die schlechten hygienischen Verhältnisse an, in denen die Kranke lebte.

2. Hasanoff als Gast zeigte eine Frau mit mächtig entwickelten **spitzen Condylomen der Genitalregion.**

Diskussion: Gerschun berichtet über eine Beobachtung ähnlicher Art bei einem Manne, die anfangs für Carcinom gehalten wurde.

Pospelow präsentierte eine Photographie von einer etwa kindskopfgroſsen Geschwulst der Analgegend, welche den Träger erst dann sich an den Arzt zu wenden veranlaſste, als die Defäkation unmöglich wurde. Es handelte sich auch um spitze Condylome.

3. Blagowolin stellte eine 51jährige Frau mit **Glossitis ulcerosa luetica** vor.

Diskussion: Krassnoglasow bemerkt, daſs man es seiner Ansicht nach hier mit zwei verschiedenen tertiär-syphilitischen Prozessen zu thun hat, nämlich auf der rechten Zungenhälfte mit Glossitis interstitialis diffusa und auf der linken mit einem zerfallenen Gumma.

Pospelow sagt, der Fall ist interessant, weil er beweist, wie lange die Neigung zum Auftreten gummöser Erscheinungen fortdauern kann, denn die aus frühester Kindheit stammende periostitische Veränderung der Unterschenkel (Säbelbildung nach vorn) spricht für einen hereditär-syphilitischen Prozeſs, der also 51 Jahre, freilich bei völlig fehlender Behandlung, anhält.

4. Sokoloff führte einen 54jährigen Mann mit **Pityriasis rubra Hebrae** vor. Auf der Brust, dem Rücken etc. zeigt sich die charakteristische Rötung und kleienförmige Abschuppung bei Vergröſserung der Lymphdrüsen und stellenweiser Verdünnung der Haut.

Diskussion: Tschlenoff macht auf die merkwürdige Thatsache aufmerksam, dafs alle bisher in der russischen Litteratur mitgeteilten Fälle von Pityriasis rubra Hebrae, unter denen dieses der vierte Fall ist, aus Moskau resp. aus der Pospelowschen Klinik stammen. Es wäre doch wünschenswert, wenn auch die übrigen in Rufsland vorkommenden derartigen Kranken beschrieben würden.

Fokin bemerkt, dafs der eine von den genannten vier Fällen, nämlich derjenige von Dr. Koutriw in der Gesellschaft vor einigen Jahren vorgestellte, nach Kiew gehört, weil er schon dort bei Dr. Nikolski gewesen war.

Krassnoglasow erinnert sich noch eines fünften Falles in Moskau, welchen er vor Eröffnung der Moskauer dermatologischen Gesellschaft bei weiland Prof. Neidenoff gesehen hat.

5. Sokoloff stellte zwei Fälle von Naevus vor und zwar:

a) einen Fall von **Naevus linearis der rechten Körperhälfte** bei einem Manne. Der Naevus beginnt auf der rechten Brusthälfte, wo er der Clavicula parallel verläuft, geht dann über auf die rechte obere Extremität, wo er sich vorzüglich an die Streckseite hält und bis zum Zeigefinger herabzieht, aber auch Ausläufer auf die Beugeseite sendet. Endlich sieht man den Naevus an der Beugeseite der rechten unteren Extremität zur Ferse hinunterziehen.

b) einen Fall von **Naevus linearis ichthyosiformis** bei einem 18jährigen Mädchen. Dieser Naevus betrifft zwar mehr oder weniger den ganzen Körper, zeigt aber auf der Brust eine konzentrische und in den Kniebeugen eine lineare Anordnung.

Diskussion: Tschlenoff macht auf die Vergröfserung der Lymphdrüsen bei dem zweiten Fall aufmerksam.

Pospelow zeigt an dem Schema der Voigtschen Linien, wie treu der Naevus diesen Linien entspricht.

Wissenschaftliche Ärztegesellschaft in Innsbruck.

Sitzung vom 14. Juni 1901.

Rille demonstriert:

1. **einen Fall von Sklerodermie.** Die Erkrankung ist sehr ausgedehnt. Bemerkenswert sind hellweifse und blafsrote, pigmentlose Fleckbildungen in dem mimisch wenig beweglichen Gesichte, ferner die Sklerodaktylie und Symptome lokaler Asphyxie an Händen und Füfsen. Letztere fühlen sich sehr kühl an, beim Herabhängen, zumal unter Einwirkung der Kälte, werden sie tiefcyanotisch. Zuweilen treten hier Bläschen hervor, die entweder eintrocknen oder sich mit Eiter füllen und mit winzigen Narben heilen. Allgemeinbefinden schlecht.

2. **einen Fall von Pemphigus vegetans** in vorgeschrittenem Stadium mit grofsen drusigen, buchtigen, serpiginös fortschreitenden Wucherungen; stellenweise sind dieselben überhäutet, was die Prognose ein wenig günstiger erscheinen läfst. Aus Vaccinationspusteln gingen auch Pemphigusvegetationen hervor; jede lädierte Hautstelle disponiert zu solchen.

3. **zwei Fälle mit Lupus erythematosus,** die probeweise mit Jodipininjektionen behandelt sind. Der Erfolg ermutigt nicht zu weiteren Versuchen.

4. **einen Naevus flammeus der rechten Gesichtshälfte.** Injektion von 620,0 Gelatinelösung (Gelatina alb. 3,0, Aq. dest. fervid. 300,0, Natr. chlorat. 1,5, Sterilisa per 1/4 horam) hatten keinen Erfolg, dennoch empfiehlt Verfasser weitere Versuche bei kavernösem Angiom.

5. **eine Stenose der Vagina** durch Narbenbildung im oberen Teile, wahr-

scheinlich nach Masern durch einen entzündlichen oder gangränösen Prozeſs entstanden.

6. **einen Fall von Psoriasis vulgaris**, geheilt durch innerliche Darreichung von Copaivabalsam (anfangs 15, später 20—25 Tropfen dreimal täglich).

7. **eine Cavernitis nach Tripper.** *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Verein St. Petersburger Ärzte.

Sitzung vom 9. Januar 1901.

(*Petersburger medizinische Wochenschrift.* 1901. No. 89.)

Petersen demonstriert:

1. einen Fall von **Favus**, der ohne Epilation nur mit Karbolvaselin behandelt worden ist und recht gute Resultate aufweist; die Krankheit erstreckt sich in diesem Falle auch auf nicht behaarte Körperteile (Schultergegend).

2. eine Reihe von Lupuskranken und bespricht die **Therapie des Lupus**. In der Diskussion über den Wert der Lichtbehandlung gegenüber den anderen Methoden äuſsert sich Petersen dahin, daſs die Lichtbehandlung zwar sehr langwierig sei, aber bisher wenigstens in den von ihm behandelten Fällen keine Rezidive gegeben habe. Von den anderen Methoden bevorzuge er besonders die Milchsäure und das Resorcin. Das Auslöffeln und Brennen und ebenso das Excidieren mit nachfolgender Transplantation habe er wegen der häufig beobachteten Rezidive ganz aufgegeben.

A. Loewald-Graudenz.

Verein der Charité-Ärzte in Berlin.

Sitzung vom 7. März 1901.

(*Berliner klinische Wochenschrift.* 1901. No. 51.)

Hoffmann stellt einen Fall von **Erysipelas gangränosum penis et scroti** vor, welches durch den aus einer Bubofistel der rechten Leistenbeuge herabträufelnden, mit Streptokokken reichlich versehenen Eiter entstanden war und erst langsam sich zurückbildet.

Ferner stellt Hoffmann eine 64jährige Frau mit **Dermatitis herpetiformis Duhring** vor, und im Anschluſs daran betont Lesser seinen Standpunkt, daſs er letztgenannte Krankheit für eine eigenartige hält, welche vom Erythema multiforme ebenso wie vom Pemphigus absolut zu trennen ist. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1902. Band 59, Heft 1.

I. **Framboesia tropica und Tinea imbricata**, von R. Koch-Berlin. Der Verfasser hat auf seinen Reisen in den Tropen nirgends so viel Hautkranke gesehen, wie auf Neu-Guinea und auf den benachbarten Inselgruppen der Südsee. Hauptsächlich sind es die Framboesia und die Tinea imbricata, denen man hier auf Schritt und Tritt begegnet.

Die Südsee-Framboesie (wahrscheinlich von der im westlichen Afrika vorkommenden wohl unterschieden) ist eine ansteckende, von einer Person auf die andere verimpfbare Krankheit, deren einmaliges Überstehen Immunität verschafft. Sie befällt hauptsächlich Kinder im Alter von 1—12 Jahren und ist im ausgebildeten Stadium charakterisiert durch zumeist ulcerierte, annähernd kreisrunde, verschieden große, das Niveau der Haut überragende, wie gewulstete Granulationen der Haut aufliegende Efflorescenzen. Die jüngeren, kurz zuvor entstandenen zeigen eine große Ähnlichkeit mit jungen Pockenpusteln. Sie bilden erhabene, von Epidermis bedeckte Knötchen mit ausgesprochener Dellenbildung. Die größten Knoten sind immer von Epidermis entblößt, secernieren eitrig-seröse Flüssigkeit und sind mit feuchten Borken und Krusten bedeckt, nach deren Entfernung die polsterähnliche granulierende Masse zum Vorschein kommt. Manche sehen, namentlich wenn sie am Anus oder an den Genitalien sitzen, breiten Condylomen sehr ähnlich. Die Krankheit kann sich einige Monate bis ein Jahr hinziehen, rafft, wo sie bösartiger auftritt, oft viele Kinder hinweg. Verfasser hat nie gehört, daß Europäer Framboesie gehabt hätten.

Über den Erreger derselben konnte nichts Positives festgestellt werden.

Die Tinea imbricata wird durch einen dem Trichophyton tonsurans verwandten und im Rete Malpighii wuchernden Pilz verursacht. Sie breitet sich zwar kreisförmig aus, heilt aber nicht im Zentrum ab und bildet somit auch keine konzentrischen Kreise, wie der Herpes tonsurans, sondern bedeckt vielmehr gleichmäßig die ganze befallene Hautfläche. Die erkrankte Epidermis löst sich in schmalen Lamellen von der Oberhaut ab, haftet an derselben nur mit dem der Peripherie zugekehrten Rande, wodurch das Ganze ein dachziegelförmiges Aussehen erhält.

II. **Über die smegmogenen Konkretionen des Präputialsackes „Smegmolithen" und über die Analogie zwischen diesen und anderen Epidermiskonkretionen des Menschen und einiger Säugetiere,** von D. Majocchi-Bologna. Bei der Lithiasis des Präputiums kann man zwei Arten unterscheiden: Die eine bildet echte, aus Harnsalzen zusammengesetzte Steine, die sich im Präputialsack niedergeschlagen haben; die andere besteht aus Konkretionen verhärteten Smegmas und wird vom Verfasser mit „Smegmolithen" bezeichnet. Eine Mischform setzt sich aus verhärtetem Smegma und den Kalksalzen des Harns zusammen.

In der vorliegenden Arbeit will Verfasser nur die Smegmolithen einer Betrachtung unterziehen.

Zunächst wird die Krankengeschichte dreier Fälle mitgeteilt.

Im ersten Falle handelte es sich um eine Balanoposthitis smegmorrhoica mit kleinen Smegmolithen in den Grübchen seitlich vom Frenulum.

Fall 2 betraf eine Balanoposthitis chronica desquamativa mit einem Smegmolith des Sulcus balano-präputialis.

Fall 3 war eine Balanoposthitis chronica mit Phimosis und präputialen Smegmolithen.

Mikroskopisch bestehen dieselben hauptsächlich aus abgestoßenen Epithelzellen der Corona glandis und des Sulcus und zum geringeren Teile aus Fett, Schleim und Harnsalzen; sie enthalten im allgemeinen dieselben Elemente, wie das Smegma und unterscheiden sich von einander nicht durch die qualitative, sondern durch die quantitative Zusammensetzung.

Klinisch kommen den smegmogenen Konkretionen folgende Merkmale zu:

1. Sie bilden selten vereinzelt, zumeist in größerer Anzahl vorkommende Massen von gelblichweißer und gelbbrauner Farbe, die entweder in den Grübchen seitlich vom Frenulum oder im Sulcus sitzen;

2. sie haben bald harte, bald hornartige, zumeist wachsartige Konsistenz. Sind Harnsalze beigemengt, dann zeigen sie sich hart und zerbrechlich (Calculi mixti);

3. ihre Gestalt ist oval, rundlich, nierenförmig, bisweilen etwas verlängert und flach;

4. ihre Größe wechselt von der einer Linse bis zu der einer Bohne;

5. im Gegensatze zu den wahren präputialen Steinen besitzen die smegmogenen Konkretionen ein sehr geringes Gewicht. Die gemischten sind schwerer.

6. Bei Phimosis kann man sie von anderen Bildungen unterscheiden. Die Smegmolithen lassen sich leicht hin und her bewegen.

7. Sie bilden sich langsam und ohne Beschwerden für den Träger.

8. Mangel an Reinlichkeit, das höhere Alter, auch die Phimosis geben die Ursachen für die Entstehung ab.

Was die Pathogenese der smegmogenen Konkretionen betrifft, beziehungsweise welcher Mechanismus das Smegma selbst zur Bildung derselben veranlaßt, so lassen sich drei Theorien aufstellen:

1. Die Theorie der sekretorischen Hyperfunktion der balanopräputialen Schleimhaut.

2. Die Theorie der chronischen Entzündung dieser Schleimhaut (Balanoposthitis chronica desquamativa seu seborrhoica).

3. Die parasitäre Theorie. (Fortsetzung folgt.)

III. **Zwei Fälle von ungewöhnlicher diffuser Hauterkrankung, bestehend in Entwickelung reichlicher, meist epidermoidaler Auswüchse**, von L. Kortowski-Warschau. Der erste Fall betraf einen 33jährigen, normal gebauten, mäßig genährten Mann, dessen Haut überall, mit Ausnahme des Gesichts, mit einem dicken, gleichförmigen, sich wie Peluche anfühlenden Schuppenpanzer bedeckt war. Die Schuppen sind verschieden groß und dick. Sehr große, aber dünne Schuppen bedecken die Handteller und Fußsohlen. Kratzt man Schuppen weg, so zeigt sich eine stark gerötete, verdickte, stellenweise leicht blutende Fläche. Alle Nägel sind verdickt, schwarzbraun verfärbt, brüchig und wie Katzenklauen verbogen.

Die Affektion ist vor sieben Wochen zum zweiten Male seit vier Jahren frisch aufgetreten und hat in kurzer Zeit den ganzen Körper befallen.

Nach dreimonatlicher Behandlung mit indifferenten Salben, Fetten und warmen Bädern verließ der Patient geheilt das Spital.

Der zweite Fall ist dem ersten klinisch sehr ähnlich, unterschied sich jedoch von diesem durch die trockene, rauhe Haut und durch die Farbe der Schuppen, die hier graugelb und grünlich aussahen, im Gegensatze zu den perlweißen Schuppen im ersten Falle.

Pathologisch-anatomisch unterschieden sich beide Fälle nur durch die Intensität des Prozesses. Während im ersten Falle eine Degeneration des Epithels bei mäßig entzündlichen Symptomen in den Vordergrund trat, waren im zweiten Falle mehr die entzündlichen Erscheinungen und weniger die Degeneration des Epithels ausgeprägt.

In beiden Fällen ergab die histologische Untersuchung, daß man es mit einer Entzündung und einer ungewöhnlichen Akanthose der Haut zu thun hatte. Zugleich trat eine Degeneration des Epithels auf, die in der Bildung von rundlichen, eiförmigen, mit einer hyalinen, glänzenden Masse gefüllten Räumen in den vergrößerten Zellleibern bestand. Diese glänzende Masse zeigte deutliche Tendenz zum Aufquellen und Schmelzen und kann nur als Resultat einer kolloiden Degeneration angesehen werden. „Soweit bieten die beiden beschriebenen Fälle das Beispiel einer kolloiden Degeneration des Epithels, welches im Stratum spinosum bedeutende Wucherungen bildet. Pathologisch-anatomisch könnte man diesen Prozeß als „Akanthosis conica colloides“ und „Akanthosis verrucosa conica colloides“ bezeichnen.“

IV. Beitrag zur Frage der Mikrosporie, von J. Frédéric-Bern. Aus der kurzen litterarischen Übersicht, mit welcher Verfasser seine Arbeit einleitet, geht hervor, dafs über die Abgrenzung der Mikrosporie und über ihre geographische Verbreitung durchaus keine Einigkeit unter den Autoren herrscht. Verfasser hatte Gelegenheit, an der Berner dermatologischen Klinik 4 Fälle von scherender Flechte zu beobachten, welche der Beschreibung Sabourauds von der Mikrosporie in den meisten Beziehungen entsprachen. Auch die histologischen Befunde deckten sich, was die Gröfsenverhältnisse und die Anordnung der Pilzelemente betrifft, mit denen Sabourauds. Von besonderem Interesse war der ziemlich starke Entzündungsprozefs, das Vorhandensein von Riesenzellen, die man bei einer klinisch durch so geringe Entzündungserscheinungen charakterisierten Affektion kaum erwarten würde, ferner eine eigentümliche Knickung einzelner Haare innerhalb des Follikels. Verfasser hatte Gelegenheit, einen Fall zu beobachten, der klinisch anfangs eine gewisse Ähnlichkeit mit einer Mikrosporie zeigte, später aber zu einem typischen Kerion sich entwickelte. Die Kulturen waren makroskopisch von den Mikrosporonkulturen dreier untersuchter Fälle ganz verschieden. Mikroskopisch zeigten sich unregelmäfsige Ansammlungen von ungleich gröfseren Sporen als bei der Mikrosporie. Von einer regelmäfsigen, mosaikartig aufgebauten Sporenscheide, wie beim Mikrosporon, war in diesem Falle nichts zu sehen. Ebenso konnte man geknickte Haare, Riesenzellen nirgends finden.

Verfasser glaubt deshalb, dafs die Mikrosporie und eine noch glatte, aber im weiteren Verlaufe in Kerion Celsi übergehende Form wesentlich von einander differieren.

Auf Grund der vorliegenden Untersuchungen glaubt Verfasser sich dazu berechtigt, „für die noch nicht allgemein anerkannte, durch klinische, histologische und kulturelle Thatsachen wohl gestützte Sonderstellung, für die wahrscheinlich konstante Eigenart der Mikrosporie beim Menschen einzutreten."

Inokulationsversuche an Meerschweinchen waren negativ ausgefallen.

V. Über die vom Druck unabhängige Tylosis palmarum der Erwachsenen, von J. Schütz-Frankfurt a. M. Verfasser erörtert zunächst, unter welchen Einflüssen (mechanischer, chemischer, toxischer Natur) es zur Bildung von Hohlhandschwielen kommt. Einer eingehenderen Betrachtung unterzieht er diejenigen Schwielen, welche in gepflegter Hand gut situierter, sonst gesunder Leute im mittleren oder höheren Alter wachsen und primär unabhängig von einer chemischen Reizung oder vom mechanischen Druck sind. Zuerst erkranken gewöhnlich das Centrum des Handtellers und die Interdigitalgegend zwischen Daumen und Zeigefinger, etwa da, wo beim Schreiben die Feder anliegt. Das erste Stadium der Affektion (Stadium eczematosum) gleicht physikalisch durchaus einem trockenen, schuppigen Ekzem. Die Stellen sind mäfsig gerötet, kleienförmig schuppig, absolut trocken. Die Schweifsabsonderung ist hier vollständig aufgehoben. Das Jucken ist im Beginn vorhanden, jedoch sehr gering und belästigt die Patienten gar nicht. Von Bläschen- oder Papelbildung ist niemals etwas zu bemerken. Verfasser glaubt deshalb, die Affektion durchaus vom chronischen, trockenen Ekzem trennen zu müssen und ebenso vom Eczema seborrhoicum.

Im weiteren Verlaufe verdickt sich die Haut mehr und mehr, die ursprüngliche leichte Röte tritt in den Hintergrund. Bei forcierten Bewegungen kommt es zu Einrissen; es bilden sich, entsprechend den Hohlhandfurchen, Rhagaden, die bis ins Corium reichen können und intensiv schmerzen. Damit ist die Krankheit in das zweite Stadium getreten.

Als drittes Stadium kann man den von Besnier aufgestellten dritten Typus seiner „Keratodermie des extrémités en foyers" ansehen. Nach jahrelangem Bestehen

und kontinuierlicher Ausbreitung in die Fläche kommt es zur Bildung multipler, kleiner Herde, sogenannter Hornkerne, welche die Patienten wie Hühneraugen quälen.

In ätiologischer Beziehung wird man kaum umhin können, die Tylosis palmarum mit Störungen der Schweifsbildung und Schweifssekretion in Zusammenhang zu bringen, da bei der vorliegenden Erkrankung lokal die Hidrosis stark reduziert und auch qualitativ verändert ist, da ferner spontan Besserungen der Palmaraffektion eintreten, wenn die Hidrose sich wieder der Norm nähert.

Was die Therapie betrifft, so wird die Salicylsäure, namentlich in der Form der Salicylgelatine und des Salicylseifenpflasters, symptomatisch zur Beseitigung der Hyperkeratose gute Dienste leisten. Nachhaltiger und viel günstiger wirkt die ständige Einfettung der Hände mit einem beliebigen Fette. Von ganz vorzüglicher Wirkung erwies sich die Behandlung mit 33%igem Quecksilber-Vasogen. Verfasser läfst abends ein Handband mit wenig Kalilaugezusatz (1—2 Esslöffel auf 1 Lavoir Wasser) so heifs, als es vertragen wird, mehrere Minuten lang nehmen; dann wird mit reinem, heifsen Wasser abgespült, abgetrocknet, Hg-Vasogen eingerieben und ein Lederhandschuh angezogen. Morgens wird mit Watte und Öl die graue Salbe weggewischt, nicht mit Wasser und Seife gewaschen, sondern folgende Salbe mehrfach tagsüber leicht eingerieben:

℞	*Thioformii*	3,0
	Hydrargyr. oxyd. rubr.	1—1,5
	Lanolini	30,0
	Ol. ricini	3,0

Die zuvor stets total trockene Hand bedeckt sich unter den Hg-Vasogen-Einreibungen mit Schweifsperlen. Verfasser schiebt auf diese Schweifserregung einen Teil der guten Wirkung dieser Behandlung. — Bei frischen Rhagaden haben sich Applikationen von Bei[illegible]s Ichthyoltaffet bewährt.

VI. **Eine kleine Epidemie von Mikrosporon Audonini in Strafsburg,** von A. Gunsett-Strafsburg. Die echte Mikrosporie zeigt nach Sabourauds Angaben eine eigentümliche geographische Verbreitung. In England sollen 80—90%, in Frankreich, namentlich Paris, 60% aller Herpes tonsurans-Fälle auf das Mikrosporon Audonini zurückzuführen sein. Ebenso ist die menschliche Mikrosporie in Belgien und Spanien sehr häufig, äufserst selten in Deutschland und Italien, und noch viel seltener, je mehr man nach dem Osten von Europa vorrückt. In Strassburg war die Erkrankung bis vor 2 Jahren unbekannt. Im Jahre 1900 wurden 2 Fälle, und 2 weitere Fälle bei Geschwistern im Jahre 1901 beobachtet. Ein gründliches Nachforschen nach der Infektionsquelle führte auf die Taubstummenanstalt, in der nicht weniger als 7 Knaben im Alter von 7—9 Jahren mit derselben Krankheit behaftet waren. Dieselbe war bei allen Fällen charakterisiert durch scharf umschriebene, schon von weitem sichtbare, kreisrunde bis ovale, verschieden grosse, durch ihre graue Farbe mit den umgebenden normalen Haaren scharf kontrastierende, hier und da auf der Kopfhaut zerstreute Flecke, welche mit kleinen, grauen Schüppchen bedeckt waren und deshalb das Bild einer circumscripten Seborrhoe vortäuschten. Bläschenbildung, Folliculitis, Entzündung und Infiltration fehlten gänzlich. Die Haare sind fast alle erkrankt, und zwar sind sie in einer Höhe von ungefähr 1 cm abgebrochen, von einer grauweifsen Scheide eingehüllt und sehr leicht epilierbar.

Die Therapie (Rasieren, Epilieren und Chrysarobinsalbe) erwies sich weit hartnäckiger, als beim gewöhnlichen Herpes tonsurans. Noch nach 6 Monaten liefsen sich reichliche lebensfähige Pilze nachweisen.

Das Mikroskop, sowie Reinkulturen bestätigten die klinische Diagnose der echten Pariser Mikrosporie.

VII. Über den Einfluſs der Röntgenstrahlen auf die Haut in gesundem und krankem Zustande, von W. Scholtz-Königsberg. Trotz ausgedehnter therapeutischer Verwendung der Röntgenbestrahlung herrscht unter den Ärzten noch wenig Einigkeit hinsichtlich der Indikationen für dieses Mittel und die Technik seiner Anwendung. Auch ist es noch strittig, was eigentlich das wirksame Agens der Röntgenbestrahlungen darstellt, und auf welche Weise die unter dem Einfluſs derselben auftretenden eigenartigen Hautveränderungen und Heilungen der verschiedensten Dermatosen zu stande kommen. — Verfasser hat es sich zur Aufgabe gemacht, diese Fragen auf experimentellem Wege durch histologische Untersuchungen und klinische Beobachtungen ihrer Lösung näher zu bringen.

Seine vorliegende Abhandlung zerfällt in drei Teile:

1. „Untersuchungen wesentlich experimenteller Natur, welche zur Lösung der Frage dienen sollten, was eigentlich das wirksame Agens bei den Röntgenbestrahlungen darstellt, und welche Wirkungen im allgemeinen dieses Agens auszuüben vermag.

2. Histologische Untersuchungen, mittelst deren festgestellt werden sollte, welches Gewebe primär unter dem Einfluſs der Röntgenbestrahlungen leidet, wie die eigenartigen „Röntgenveränderungen" der Haut histologisch verlaufen, und in welcher die durch Röntgenbestrahlungen erzielten Heilungen von Hautkrankheiten zu stande kommen.

3. Klinische Beobachtungen, die erlauben würden, die Indikationen für die therapeutische Verwendung der Röntgenstrahlen präciser zu stellen."

Das Ergebnis seiner experimentellen Untersuchungen resumiert Verfasser in folgenden Sätzen: „Bei der Röntgenbestrahlung ist der allein oder doch wesentlich wirksame Faktor die Röntgenstrahlen selbst. Überall da — aber auch nur da —, wo Röntgenstrahlen in genügender Menge die Haut treffen, kommt es zu den bekannten Erscheinungen.

Die Wirkung auf die Haut findet nicht nur an der Eintrittsstelle, sondern auch an der Austrittsstelle der Strahlen statt.

Die nur wenig penetrationsfähigen Röntgenstrahlen scheinen hinsichtlich der Hautwirkung gerade die wirksamsten zu sein, da schon relativ dünne Gewebslagen sowie Stoffe, welche auf dem Fluorescenzschirm nur einen relativ schwachen, grauen Schatten werfen, die Wirkung auf die Haut in erheblichem Maſse abschwächen. Die Röntgenstrahlen wirken vorzugsweise oder ausschlieſslich auf die Haut, während andere Organe und Gewebe, wie es scheint, nur in geringem Maſse beeinfluſst werden.

Die Wirkung der Röntgenstrahlen macht sich selbst bei intensivster Bestrahlung klinisch stets erst nach mehreren Tagen geltend und erreicht ihren Höhepunkt in der Regel erst nach einigen Wochen. — Eine baktericide Wirkung kommt den Röntgenstrahlen jedenfalls nur in unbedeutendem Maſse zu und dürfte bei der therapeutischen Anwendung derselben kaum eine Rolle spielen.

Experimentell erzeugte Impftuberkulose im subkutanen Gewebe wird durch Röntgenbestrahlung nicht in wesentlichem Grade beeinfluſst." (Fortsetzung folgt.)

C. Berliner-Aachen.

Dermatologisches Centralblatt.

1902. No. 4.

1. Nicht-Infektiosität der Milch bei frischer Lues oder Immunisierung durch dieselbe, von Leonhard Leven. Die Frau eines vor fünf Jahren, mehrere Jahre vor seiner Verheiratung infizierten Gatten, hatte, als er ein Rezidiv mit wunden

Stellen am Penis bekam, sich angesteckt. Zu dieser Zeit stillte sie gerade ihr Kind und setzte das Stillen noch monatelang fort. Es ist das Kind sicher wenigstens fünf Monate im floriden Stadium der Syphilis gestillt worden; eine Behandlung ist in der Zeit nicht erfolgt. An dem Kinde war keine Erscheinung von Lues zu finden. Es liegen drei Möglichkeiten vor: 1. das Kind ist patern infiziert, ohne Luessymptome zu zeigen; 2. das Kind ist vom Vater her syphilisimmun; 3. das Brustdrüsensekret der syphilitischen Mutter ist nicht infektiös. — Verfasser neigt zu der Anschauung, daſs das Kind durch die Milch nicht infiziert, aber immunisiert ist, ohne aber eine bestimmte Stellung einzunehmen. (Die kurze Beobachtung des Falles mahnt auch zur Vorsicht in der Deutung. D. Ref.)

Fall von Sklerodermie nach Angina, von LEONHARD LEVEN. Im Anschluſs an eine Angina, welche typisch verlief, entwickelte sich eine Steifigkeit der Haut des Halses, welche sich auf Gesicht, Kopfhaut, Brust bis zur Taille fortsetzte. Die Beine waren weniger ergriffen. Auffallend war auch die Erhöhung der Pulsfrequenz. Zu erwähnen ist auch eine Erschwerung des Schluckvermögens, welche einen sklerosierenden Prozeſs des Oesophagus wahrscheinlich macht. — Thyreoidin wurde nicht vertragen; Thiosinamininjektionen halfen nicht.

Zur Asepsis der Subcutanspritzen, von DREYER. Ein Glasbehälter zur Aufbewahrung der Sucutanspritzen, die Spritze hängt in demselben und taucht in antiseptische Flüssigkeit. Transportabel ist der Behälter nicht.

Jessner-Königsberg i. Pr.

The British Journal of Dermatology.

Band 14. Februar 1902.

Zwei Fälle von Prurigo simplex chronicus (BROCQ), von W. B. WARDE. In Dr. UNNAS Klinik kamen im März 1901 zwei Fälle (Mutter und Tochter) mit einer pruriginösen Affektion, die seit vielen Jahren bestanden hatte, zur Beobachtung. Klinisch entsprach die Affektion genau der Beschreibung, welche BROCQ von seiner Prurigo simplex chronica gegeben hat.

Der erste Fall betrifft die 47jährige Mutter, welche ihre Hautkrankheit vor 22 Jahren unmittelbar nach der Geburt ihrer Tochter bekam und seitdem von derselben niemals mehr ganz befreit war. Am meisten am Stamm, weniger zahlreich sieht man Prurigopapeln an den Armen und Beinen. Vollständig frei waren das Gesicht und die Kopfhaut. Die alten Effloreszenzen waren klein, rund, schwach erhaben, jede von einer dünnen, rötlich-braunen Kruste bedeckt. Die frischen sind hirsekorngroſs, stumpfkonisch, von einer blaſsroten Farbe und einem blasseren, nahezu gelben Centrum. Beim Auftreten jucken die Papeln heftig und werden sofort aufgekratzt.

Die Tochter zeigte schon als Kind eine sehr trockene Haut und schwitzte niemals. Bei geringen Anlässen empfand sie heftiges Jucken. Der gegenwärtige Ausschlag zeigte sich zum ersten Male, als die Patientin im Alter von 14 Jahren die Menses bekam und sieht jetzt dem der Mutter sehr ähnlich, nur daſs er bei der Tochter weiter ausgedehnt ist. Aufserdem ist die Haut der letzteren allgemein hyperkeratotisch, während sie bei der Mutter sonst von normaler Beschaffenheit ist.

Verfasser hatte Gelegenheit, ein der Tochter excidiertes Stückchen der Rückenhaut, auf welchem sich eine alte und eine frische Papel befand, zu untersuchen. Die Untersuchung erstreckte sich:

1. auf die zwischen beiden Papeln befindliche, scheinbar normale Haut; 2. auf

die frische Papel mit ihrem Inhalt und ihrer Umgebung; 3. auf die alte, mit Krusten bedeckte Papel.

Die Haut zwischen den Papeln zeigt histologisch schon die Anfänge der Acanthosis, welche sich bis in die Follikel hinein erstreckt. Diese sind mehr oder weniger mit Hornpfropfen verstopft, was eine Stagnation in der Talgdrüsenabsonderung zur Folge hat. Man erkennt dies daran, dafs alles Epithel der Talgdrüsen in Fettzellen umgewandelt ist, und gelangt so zu der Überzeugung, dafs diese Hyperkeratosis der Follikel mit der nachfolgenden Stagnation des Sebums die Elementarläsion repräsentiert, um welche sich alle anderen Erscheinungen gruppieren.

Bei der frischen Papel ist von wesentlichem Interesse:

1. Die Blockierung des Follikels und die Retention des Sebums; 2. die Acanthosis des den Follikel auskleidenden, sowie des die Follikelmündung umgebenden Epithels. Das starke Odem der Stachelzellen ist ein auffallendes Merkmal; 3. das akute Ödem und die Leukocyteninfiltration mitten in der Talgdrüse.

Sieht man von den beiden letzteren Erscheinungen ab, so stellen sich die gefundenen Veränderungen lediglich als excessive Übertreibung der Zustände in normalen Follikeln dar.

Bei der alten, mit Krusten bedeckten Papel fehlt der centrale Hornpfropf und die Dilatation des Follikels, aber man findet dieselbe Sebumretention, dieselbe starke Vermehrung des Follikel- und des Oberflächenepithels und dasselbe Odem, dieselbe Infiltration der Talgdrüsen. Die Hauptunterschiede liegen mehr auf der Oberfläche. Die Papel ist gekrönt von einem Bläschen, das auf eine Nekrose und Auflösung der Zellen der Stachelschicht zurückzuführen ist. Das Centrum der letzteren ist zerstört, statt dessen sieht man im Umkreise das Bläschen, welches sich augenscheinlich ganz auf Kosten der Stachelzellenschicht bildet. Der Inhalt ist koaguliert und zu einer Kruste eingetrocknet. Doch mufs bemerkt werden, dafs diese Kruste nicht über die Oberfläche hervorragt, auch dort nicht, wo sogar die Hornschicht verschwunden ist. Dies ist zur Unterscheidung von Ekzem von Bedeutung.

Verfasser bespricht eingehend die Differentialdiagnose. *C. Berliner-Aachen.*

Bücherbesprechungen.

Handbuch der Hautkrankheiten, von Franz Mračeк. (Wien 1901. Alfred Hölder.) Zweite Abteilung. Die zweite Lieferung des Mračekschen Handbuches wird von drei Arbeiten eingenommen. Kreidl-Wien giebt eine aufserordentlich umfangreiche und umfassende Physiologie der Haut, Spiegler und Grosz-Wien behandeln die Allgemeine Ätiologie der Hautkrankheiten und ihre allgemeine Therapie; Ehrmann-Wien bespricht das Thema Hyperämie, Anämie der Haut und Hautentzündungen. Es sei gestattet, einige Punkte aus vorgenannten Arbeiten zu berühren. Die Frage, ob feste Körper (Medikamente) in die Haut und durch sie in den Organismus aufgenommen werden können, bejaht Kreidl. Was für uns Dermatologen z. B. von besonderem Interesse ist, das ist die Form der Resorption des Quecksilbers aus der in die Haut eingeriebenen grauen Salbe. Nur ein kleiner Teil des Merkurs gelangt durch Verdunstung in den Körper. Der andere, gröfsere Teilsatz soll entweder als gelöstes Metall in der Form von Sublimat, das ja die Oberhaut besonders leicht zu durchdringen imstande ist (Filehne), oder in einer

löslichen Verbindung mit Eiweifs oder Fettsäuren die Haut passieren. Gase und Dämpfe werden ohne Schwierigkeit durch die Haut resorbiert, was im Gegensatz zu der Möglichkeit der Passage von Flüssigkeiten durch die Haut wohl als allgemein anerkannt gelten darf. Besonders nachgewiesen ist dieselbe für Jod, Guajacol, Salicylsäure (die bei über 35° flüchtig ist), Schwefelwasserstoff, Kohlensäure und Kohlenoxyd. Auf dieser Fähigkeit der Haut ist das Prinzip der Hautatmung basiert. Allerdings sind die Mengen durchdringender gasförmiger Substanzen nur kleine. Und bis vor Kurzem hat man die Aufnahme von Oxygen überhaupt bezweifelt. Heute steht fest, dafs $^1/_{137}$ der Menge des durch die Lungen aufgenommenen Sauerstoffs durch die Epidermis absorbiert wird. Was die Kohlensäureausscheidung anbetrifft, so ist dieselbe gleichfalls gering. Sie richtet sich nach dem von der Temperatur indizierten Blutvorrat der Haut. Die Anlegung einer Oberarmligatur hebt die CO_2-Ausscheidung sofort um 40%. In der Dunkelheit steigt dieselbe ebenfalls, ebenso mit der Schweifsabsonderung. Höchst wahrscheinlich hat man es dabei nur mit einer Diffusion durch die Hornlage der Oberhaut zu thun. Viel bedeutendere Mengen verliert der Organismus durch die Abgabe von Wasserdampf, etwa 200 mal so viel als Kohlensäure; pro Stunde werden etwa 3—4 g abgegeben. Durch die Lungen wird etwa nur die Hälfte so viel Wasserdampf verloren als durch die Haut, wenn die Mittelleistungen für 24 Stunden in Betracht gezogen werden. Der Wasserdampfverlust, der von der Umgebungswärme direkt abhängig ist, steigt mit dem Blutgehalt und Drüsenreichtum der Haut. Unna verwies zuerst darauf, dafs auch der Fettgehalt der Haut (Einfettung mit medikamentösen Salben) von Einfluſs ist und dafs dadurch die Abgabe von Wasserdampf vermindert wird. Im Gegensatz hierzu steigt derselbe bei Einleimen mit Gelatine. Kautschuk vermindert, Collodiumaufstreichen steigert diese Thätigkeit der Haut. Nach Barrats Untersuchungen kann weder eine trockene Hautentzündung noch Aufstreichen von Firnis die Wasserabgabe völlig hintanhalten, sondern vermag sie nur auf 56% beziehentlich auf 78% herabzumindern. Da hierbei die Schweifsdrüsenausführungsgänge völlig obstruiert werden, mufs man, da doch Wasserausscheidung erfolgt, auch die Möglichkeit einer Diffusion durch die Epidermis, welche zwischen der Glandulae sudoriparae liegt, annehmen. Und zwar dürfte die Menge des auf letztere Weise abgegebenen Wasserdampfes der durch die Schweifsdrüsengänge herausgeschafften gleichkommen. Die Ausscheidung von Stickstoff — nicht die Abgabe von Nitrogen infolge Abstofsung von Epidermismassen — ist äufserst gering, ja dürfte nicht einmal stets und überall vorhanden sein. Da die Hautatmung von relativ so geringer Bedeutung ist, so ist auch die Ansicht unrichtig, die man früher hegte, dafs beim Firnissen gröfserer Körperflächen von Tieren der Tod durch Unterdrückung der Perspiratio cutanea erfolge. Vielmehr tritt derselbe durch Abkühlung des Tieres infolge Lähmung der Gefäfse der Haut ein. Winternitz' überfirnisste Tiere lebten noch 8 Tage nach der Vornahme der Prozedur, wenn sie in Temperaturen von 29—33° gehalten wurden. Vielleicht ist auch die chemische Reizung sensibler Hautnerven die Todesursache (Daddi), oder die Retention toxischen Ausdünstungsmaterials, oder Verdauungsstörungen nebst Inanition (Laulainé).

Bezüglich der Ätiologie der Dermatosen ist vielfach der Einfluſs des Klimas zu erkennen — Tropenkrankheiten; Häufigkeit der Prurigo bei uns, Seltenheit in England und Amerika; relative Seltenheit des in Norddeutschland überaus häufigen Lichen ruber planus in Österreich. Ferner erhellt sofort der Einfluſs des Lichts auf die Hautkrankheiten — reichere Pigmentierung in den heifseren Strichen der Erde. Die pathologische Wirkung des Sonnenlichts ist von seiner Wärmewirkung unabhängig. Sie kann vom leichten Erythem bis zur Blasenbildung gehen. Auch rein reflektiertes Licht vermag Hautveränderungen zu erzeugen. Auch die bekannten Sommersprossen

haben wohl in der Sonnenbestrahlung ihre Ursache. Nach Möller wirkt letztere je nach der Farbe der Kleidung verschieden auf die Epidermis. Sonst noch von Sonnenwirkung abhängig dürften sein der Sommerprurigo Hutchinsons, die Hydroa vacciniformis Bazin, das Xeroderma pigmentosum und das Carcinom der Seemannshaut. Bei Pellagra treten die Symptome zuerst an den belichteten Körperregionen auf. Bei Buchweizenfütterung von Wiederkäuern zeigen sich Blasenausschläge, sobald die Tiere dem Lichte ausgesetzt sind. Ganz im Dunkeln gehaltene Tiere erkranken nicht; mit Teer geschwärzte Tiere weisen die Eruptionen nur auf den ungeschwärzten Körperflächen auf. Hierher gehören auch die Einwirkungen der Röntgenstrahlen, des Finsenlichts u. s. w. auf die Haut. Auch die Wirkung der Wärme mit oder ohne Belichtung hat Hautveränderungen zur Folge. (Verbrennung, Erfrierung.) Eine besondere Rolle spielen in der Dermatologie die mechanischen Momente (Kratzen, Druck, Reibung, Stauungen — Ekzeme nach Pruritus senilis, Scabies, Prurigo, Pediculosis, Ekzeme und Furunculosis der Zuckerkranken, Impetigoübertragungen; Pigmentationen und Schwielenbildungen an Druckstellen; Entstehung von Herpes tonsurans maculosus infolge des Tragens noch nicht gewaschener Wollwäsche. — Von hervorragender Bedeutung in der Ätiologie der Hautkrankheiten sind die Einflüsse chemischer und pharmaceutischer Substanzen, sowie solcher, welche in bestimmten Gewerbebetrieben in Anwendung kommen (Gewerbekrankheiten) — Teeracne durch Inhalation; Chloracne (Herxheimer), wohl ebenso entstehend; Reizungen durch Jodoform-, Karbol-, Chrysarobin-, Pyrogallussäure, Naphtol und andere Substanzen — Hautentzündungen durch Brennnesseln, Primeln, Insektenstiche, Raupen, Pediculi pubis (Maculae caeruleae). Daneben vermögen Säuren und Alkalien in starker Form die Haut zu reizen, ebenso normale oder pathologisch abgesonderte Sekrete der Hautdrüsen (Hyperkeratosen bei Hyperidrosis; Begünstigung der Mykosenentwicklung durch Schweifsabsonderung; Crusta lactea der Säuglinge, seborrhoische Hautleiden). Es würde zu weit führen, den beiden Autoren weiter in ihren Ausführungen zu folgen. Dasselbe gilt für die Darlegungen Ehrmanns über Hyperämie, Anämie der Haut und Hautentzündungen.

Hopf-Dresden.

Repetitorium der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Für Studierende und Ärzte, von E. Kromayer-Halle a. S. (Jena 1902. Gustav Fischer.) „Was der Student nach der neuen Examensordnung, was der Arzt für seine Praxis braucht, das kurz und klar zusammengefafst zu bringen, ist der Zweck dieses Buches." Durch diese einleitenden Worte des Verfassers ist das kleine Werk hinreichend charakterisiert. Verfasser hat seine Absicht trefflich durchgeführt, und es ist wohl zweifellos, dafs das Buch, dessen Preis ein sehr mäfsiger ist, namentlich in den Kreisen der Studierenden, viel Anklang finden wird. *A. Loewald-Graudenz.*

Syphilis und Nervensystem. Siebzehn Vorlesungen von Max Nonne-Hamburg-Eppendorf. (S. Karger, Berlin 1902.) Das schwierige Gebiet „Syphilis und Nervensystem" hat in dem vorliegenden Werke eine Bearbeitung gefunden, die sich den besten früheren Bearbeitungen würdig an die Seite stellt. Die Grundlage der Ausführungen des Verfassers waren seine eigenen Beobachtungen und Erfahrungen, gesammelt in der Privatpraxis und an dem reichen Material der Hamburger Krankenanstalten während des letztverflossenen Jahrzehnts. Die Krankengeschichten sind sämtlich mehr oder minder ausführlich wiedergegeben; überall, wo differentialdiagnostische Schwierigkeiten in Betracht kamen, wurden diese besonders betont. Nach Möglichkeit ist der Versuch gemacht worden, die klinischen Erscheinungen auf die pathologische Anatomie zu basieren. Auf den Inhalt des Buches kann hier nicht näher eingegangen werden; es sei nur erwähnt, dafs Verfasser in seinen Vorlesungen

nach jeder Richtung hin die vollste Objektivität gewahrt hat. In den besonders wichtigen Abschnitten über den Zusammenhang der Syphilis mit der Paralyse und mit der Tabes macht sich diese Objektivität, die auch der gegnerischen Ansicht gerecht wird, sehr wohlthuend bemerkbar. Verfasser ist, wie bekannt sein dürfte, Anhänger des Erb-Fournierschen Standpunktes. — Die klare, sich nicht zu sehr in Details verlierende Darstellung, die schon erwähnte Betonung der differentiellen Diagnose, sowie die Zusammenfassung wichtiger Erörterungen zu knappen Leitsätzen verleihen dem Werke besonders hohen didaktischen Wert. Es sei auch dem Fachmanne wärmstens empfohlen. Ein sehr ausführliches Litteraturverzeichnis bildet den Abschluſs des Buches. *A. Loewald-Graudenz.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

b. *Hoden und Samenbläschen.*

Über sexuelle Unmäſsigkeit, von Jennie G. Drennan - St. Thomas-Ontario. (*New York med. Journ.* 13. Juli 1901.) Verfasserin predigt gegen den Miſsbrauch des sexuellen Verkehrs, wie er sowohl in wie auſserhalb der Ehe unter den zivilisierten Völkern getrieben werde; denn die unzivilisierten Völker gehorchten in dieser Beziehung mehr den Gesetzen der Natur als die letzteren. Unnatürlich und unmäſsig sei es, das sexuelle Leben als Vergnügen und nicht rein als Mittel zur Fortpflanzung der Art anzusehen. Viele Fälle von Prostitution können auf Unmäſsigkeit der Eltern also Vererbung zurückgeführt werden, wenn diese auch sehr hochgeboren seien. Mutter zu werden sei für manche Frau ein Schrecken, nicht nur aus Furcht vor physischen Schmerzen oder weil sie überhaupt Kinder nicht liebt, sondern weil sie psychisch nicht Kraft genug zu dieser Pflicht fühlt. Kindermord unter zivilisierten Völkern gehört der Vergangenheit an, aber Foeticidium wird jetzt massenhaft unter uns getrieben; Kinder werden nur zu häufig unter Miſsvergnügen zur Welt gebracht. Die Ausführungen der mutigen Verfasserin enthalten offenbar manches Beherzigenswerte.

Stern-München.

Beitrag zur Pathogenese der Samenstrangcysten, von Fiori. (*Rif. med.* 1901. No. 48 u. 49.) Verfasser reiht sich der von Velpeau aufgestellten, aber von so zu sagen allen anderen Autoren angefochtenen Theorie an, wonach sich die Samenstrangcysten spontan aus dem Zellengewebe entwickeln sollen.

C. Müller-Genf.

Behandlung von Epidydimitis mit Unguentum Crédé, von Geo M. Coon-St. Paul. (*St. Paul Journ.* Juni 1901.) Angeregt durch die guten Erfolge, welche Verfasser bei der Bubonenbehandlung mit Unguentum Crédé hatte, wandte er diese von der chemischen Fabrik Radebeul bei Dresden eingeführte Salbe auch bei Epidydimitis an und führt hier acht damit behandelte Fälle einzeln an, nachdem er schon in weiteren zwölf Fällen früher Erfolg mit dem Mittel gehabt hat. 4—8 g von der Salbe, beim Beginn der Entzündung auf das erkrankte Organ (zweimal täglich) verrieben, haben in zwei bis vier Tagen die Vergröſserung der Nebenhoden gehemmt, den Schmerzen Einhalt geboten und die Temperatur nahezu auf normal herunter-

gedrückt; auch in späteren Fällen hat sich diese Art der Behandlung ebenso wirksam erwiesen wie alle anderen gebräuchlichen Methoden, mit dem Vorteil jedoch, dafs die Patienten nicht das Bett zu hüten brauchen. Die dieser Behandlung folgende Verhärtung soll nicht gröfser sein als bei gewöhnlicher Behandlung und die Absorption (wohl Resorption? Ref.) ebenso schnell stattfinden. (Wohl nur als Übersetzungsfehler dürfte die ständige Feminisierung des Hodens und Nebenhodens — die Hode und die Nebenhode! — anzusehen sein. Ref.) *Stern-München.*

Ein Rezidiv nach der Winkelmannschen Radikaloperation der Hydrocele, von Carl Laurenstein. (*Centralbl. f. Chir.* 1901. No. 46.). Verfasser hat die von Winkelmann angegebene Methode der Radikaloperation der Hydrocele (Umstülpung der Tunica propria) immer mit gutem Erfolge angewendet, bis sich ihm ein am 30. August operierter Patient am 24. Oktober mit einem Recidiv vorstellte. Wahrscheinlich war es in diesem Falle nach der Operation nicht zu einer Verwachsung zwischen der Tunica communis und der umgestülpten Tunica propria gekommen und somit hatte die neuentstandene Hydrocele ihren Sitz zwischen den beiden Tunicae.
F. Hahn-Bremen.

Über Varicocele, von W. H. Bennest. (*Brit. med. Journ.* 2. März 1901.) Der Verfasser berichtet zunächst über zwei Fälle, bei denen die Varicocele lediglich durch ihre Existenz einen schweren hypochondrischen Zustand hervorgerufen hatte, während sie lokal an sich bedeutungslos war und nicht die geringsten Beschwerden bereitete. Sodann bespricht der Verfasser die Häufigkeit, die Varietäten der Varicocele und den Gang des operativen Verfahrens zur radikalen Beseitigung derselben.
C. Berliner-Aachen.

Über ein Teratom des Hodens, welches reichliches peritheliales angiosarkomatöses Gewebe aufwies, von W. F. Hendrickson - Philadelphia. (*Univ. Penna. Med. Bull.* Aug. 1901.) Von dieser Affektion sind nach der von Wilms zusammengestellten Liste erst zehn sichere Fälle in der Litteratur verzeichnet. Das von H. beschriebene Präparat stammte von einem 25jährigen Manne, war ziemlich birnförmig und hatte eine Gröfse von 8×5,5×5 cm. Das Hodengewebe war ganz zerstört. Die Tumormasse zeigte auf der Schnittfläche ein festes, halbdurchscheinendes Aussehen nebst gröberen, grauweifsen Faserstreifen. Daneben finden sich an der Oberfläche der Geschwulst zwei kuppelförmige Auswüchse, welche aus einem spongiösen Geflecht von Blutgefäfsen mit umgebendem rosafarbigem Gewebe bestehen. Neben derbem Bindegewebe, Knorpel und Epithelmassen zeigt das Neoplasma als Haupteigentümlichkeit perivaskuläre Auswüchse, welche an den gröfseren Gefäfsen geradezu papillomatösen Bau aufweisen. Jede Papille enthält einen, von dem die Grundlage bildenden Blutgefäfse ausgehenden Zweig, der von einer drei- bis vierfachen Lage von Epithelzellen umgeben ist. Bei weiterer Entwickelung finden Anastomosen statt und schliefslich entsteht eine fast drüsenartige Konstruktion. Daneben findet eine reichliche Entwickelung von Bindegewebe statt und an einzelnen Stellen sieht man einen cystenartigen Hohlraum mit entarteten Zellen. Die Verhältnisse definiert H. als Anastomosen bildendes Angiosarkom mit perithelialer Wucherung, wodurch drüsenartige und papillomatöse Anhäufungen entstehen, nebst Entwickelung von Bindegewebe und Knorpel, sowie Cysten mit Epithelauskleidung und Gebilden von dem Baue der Nebennieren.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Maligne Erkrankung des Hodens bei einem Säugling, von H. J. Clark-Swanage. (*Lancet.* 20. Juli 1901.) Bei der Geburt war nichts Abnormes konstatiert

worden, aber 10 Wochen nachher fing bereits eine Schwellung des linken Hodens an und erreichte im elften Monat Kleinhühnereigröfse. Operation. Günstiger Verlauf. Anatomische Diagnose ist nicht genauer angegeben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

c. *Prostata.*

Die Prostataerkrankungen in ihrer Beziehung zum Gesamtkörper, von MATTHIAS HIRSCHBERG-Mitau. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1901. No. 37.) Verfasser macht einen Unterschied zwischen Prostatakrankheiten, welche spezifisch durch das Wesen der Drüse beeinflufst werden, und solchen, welche zufällig an die Drüse gebunden sind. Von diesem Gesichtspunkte aus teilt er die Prostatakrankheiten in vier Gruppen:

1. Die rein lokalen Erkrankungen (Verletzungen, gutartige Tumoren, Steine, Mifsbildungen). Sie bleiben ohne auffallende Fernwirkung auf den Gesamtorganismus.

2. Die infektiösen Erkrankungen (durch Eiterkokken, Gonococcus, Tuberkelbacillus oder Bacterium coli hervorgerufen) und das Carcinom der Prostata. Auch diese Gruppe läfst trotz der bedeutenden Allgemeineinflüsse während des oft raschen und ernsten Verlaufes ihrer Erkrankungen keinerlei Spezifität von Seiten der Drüse erkennen, soweit die Allgemeinsymptome in Betracht kommen.

3. Die Prostatahypertrophie, und

4. die Prostatitis chronica. Diese beiden Krankheiten sind an spezifische Prostatazustände gebunden und unterhalten auch spezifische Beziehungen zu anderen Organsystemen des Körpers.

Die Frage, inwieweit Zustände des Gesamtorganismus (Alter, Arteriosklerose, sexuelle Verhältnisse) zur Entstehung der Prostatahypertrophie beitragen, ist, wie die Frage der Ätiologie dieses Leidens überhaupt, noch nicht geklärt. — Die durch die Hypertrophie verursachten Allgemeinerscheinungen steigern sich mit dem Fortschreiten des Leidens. In dem — nach GUYONS Einteilung — ersten vorbereitenden Stadium sind sie wenig auffallend. Im zweiten Stadium der kompleten oder inkompleten Harnretention besteht eine besondere Alteration des gesamten Gefäfssystems; dazu kommen die bekannten mechanischen Störungen mit ihren Folgezuständen (Blasen-, Nierenbecken-, Nierenentzündungen). Bei der inkompleten Harnverhaltung stehen die Allgemeinsymptome: Verdauungsstörungen, Durst, Abmagerung, trockene Zunge und Fieber, mit im Vordergrund der Erscheinungen. Die dritte Periode, in der Blase und Nierenbecken distendiert sind, wird beherrscht von einer Steigerung der Verhältnisse der zweiten Periode. Fast immer kommt Dilatation des Herzens hinzu. Urämische Zustände, Marasmus oder interkurrente Krankheiten machen dem Leiden bald ein Ende.

Bei Prostatitis chronica ist das wichtigste Symptom die Veränderung des Prostatasekretes. Der kranke Saft kann Bewegungsverlangsamung bei den Spermatozoen und Nekrospermie hervorrufen; er übt ferner auf den Nerventonus einen herabsetzenden und lähmenden Einfluss aus und erzeugt eine reizbare Schwäche der Reflexbahnen. Infolge dieser reizbaren Schwäche ist eine Prostatitis chronica im stande, auf hereditär-neuropathischer Grundlage Neurosen mit Symptomen von Seiten der Sexualsphäre hervorzurufen oder die Disposition zur sexuellen Neurasthenie zu schaffen. *A. Loewald-Graudens.*

Der gegenwärtige Stand der Prostatachirurgie, von WILLIAM N. WISHARD-Indianopolis. (*New York med. Journ.* 17. Aug. 1901.) Nach kurzer Beschreibung der Natur und Funktion der Prostata, des pathologischen und mechanischen Charakters der Hypertrophie fafst W. die Bedingungen zum operativen Eingreifen zusammen:

dieselben sind bekanntlich gegeben, wenn mehr oder weniger Schmerzen beim Urinieren, mehr oder weniger grofse Häufigkeit desselben und wenn konstant Residualharn in der Blase vorhanden und diese Symptome nicht durch den ständigen Gebrauch des Katheters behoben werden. Die operativen Methoden werden in drei Klassen eingeteilt: die erste bezweckt die Herstellung der Blasendrainage nur durch perineale oder suprapubische Öffnung, die zweite die mehr oder weniger vollständige Abtragung der obstruierenden Geschwülste und die dritte Atrophie derselben durch Entfernung der Hoden oder Teilung des Vas deferens. Beschreibung der einzelnen Methoden mit ihren hauptsächlichsten Indikationen; die Bottinische Operation kann nach W.s Ansicht nur selten Dauerresultate geben und ist nur für die wenigen Fälle von Vorteil, wo es sich um eine weiche Geschwulst von geringem Umfang und nahe der hinteren Wand der Harnröhrenmündung handelt. Wenn die Symptome noch nicht sehr ernste sind und die Länge der Urethra vom Meatus bis zu dem Punkte, wo man den Urin erhält, 9 Zoll (= ca. 23 cm) nicht überschreitet (Verlängerung der Pars prostatica), so genügt im allgemeinen der perineale Schnitt, um die kleinen Hervorragungen mit dem Finger, Forceps oder Thermokauter zu entfernen: dies soll in ca. ¼ oder sogar ⅛ der Fälle möglich sein. Nach Ausführung des oberen Blasenschnittes jedoch und Entfernung alles obstruierenden Gewebes ist die Blasenfunktion eine vollkommenere als durch irgend eine andere Methode. Immerhin mufs man sich aber bei manchen Fällen mit der Bildung eines sog. subrapubischen Kanals (nach McGuire und Morris) begnügen. *Stern-München.*

Ein neuer Prostatakühler, von Laskowski-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 34.) An den bisher existierenden, durch Temperatur auf die Prostata wirkenden Instrumenten hat Verfasser auszusetzen, dafs sie nach Einführung nicht am bestimmten Orte ruhig liegen bleiben, dafs sie mit der Hand fixiert werden müssen und dafs ihre Berührungsfläche mit dem erkrankten Organe zu klein ist. Das Instrument des Verfassers, welches seine Form Versuchen verdankt, bei denen biegsames Bleirohr unter Kontrolle des Fingers in den After eingeführt wurde, soll diese Mängel abstellen. Es ist aus einem Stück Metallrohr gebogen, in seinem prostatischen Teile stark abgeplattet, wie ein flacher Löffel gekrümmt, in der Mitte durchbrochen. Die abgebogenen Handgriffe erhalten durch zwei Krümmungen Stützpunkte am Daumen, die das Instrument fixieren. Weder Bewegungen des Afters noch der Zug der zu- und abführenden Schläuche vermögen den Apparat von der Prostata zu entfernen. Auch zur Massage und elektrischen Behandlung läfst er sich verwenden. Die Einführung stöfst nicht auf Schwierigkeiten. Bezugsquelle L. & M. Loewenstein, Berlin, Ziegelstrafse 28. *A. Loewald-Graudens.*

Apparat zur Behandlung der chronischen Prostatitis, von Paul Richter *Zeitschr. f. Krankenpflege.* 1901. No. 9.) Der Apparat besteht aus einem gebogenen, hohlen Zapfen, der an der Spitze kleine Offnungen, an der konvexen Seite zwei Rückfluföffnungen hat, zu denen ein Zufluf- und Abflufsrohr führt. Der ganze Apparat wird mit einer dünnen Gummi- oder Fischblase überzogen. Leitet man einen Wasserstrom hinein und hält das Abflufsrohr zu, dann füllt und spannt sich die Blase. Heifses und kaltes Wasser kann so durch den Mastdarm gespült werden. Fabrikant: A. Kettner, Berlin SW. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von obstruierender Prostatahypertrophie, komplete Harnretention; Bottinische Operation, wonach wieder Fähigkeit, willkürlich zu urinieren, von Bransford Lewis-St. Louis. (*St. Louis Courier.* Sept. 1901.) Der Titel

besagt beinahe völlig den wichtigsten Inhalt des vorliegenden Artikels. Der 51jährige Patient, der niemals eine geschlechtliche Infektion oder ein Harngenitalleiden durchgemacht, hatte 2—3 Winter hindurch an häufigem Harndrang gelitten, im Sommer war er davon frei geblieben; schliefslich trat Blasenreizung und vollständige Harnverhaltung ein. Das Einlegen eines Dauerkatheters hatte nur vorübergehenden Erfolg, so dafs Patient selbst die Operation wünschte. Dieselbe wurde unter Lokalanästhesie mit drei Incisionen ausgeführt mit dem Erfolge, dafs nur mehr einmal katheterisiert werden mufste, Patient am Morgen nach der Operation schon freiwillig urinieren konnte und seitdem (April 1901) diese Heilung anhielt. *Stern-München.*

Was ich aus 161 Operationen bei der Behandlung von seniler Prostatahypertrophie gelernt habe, von O. Horwitz-Philadelphia. (*Philadelph. med. Journ.* No. 182. 15. u. 22. Juni 1901.) Im allgemeinen läfst sich das Ergebnis von H.s Erfahrungen folgendermafsen kurz zusammenfassen: Bei geeigneten Fällen ist die Bottini'sche Methode von allen bisher vorgeschlagenen Radikaloperationen die gefahrloseste und beste. Bei sehr vorgeschrittenen Fällen ist dieselbe als Palliativmittel oft von grofsem Nutzen, um das Katheterisieren zu erleichtern, Krampfzustände zu beseitigen, die Neigung zu Verstopfung zu bekämpfen und den Allgemeinzustand zu heben. Anwendbar ist das Verfahren bei allen Arten der Hypertrophie aufser bei Ventilbildung oder bei enormem Wachstum aller drei Lapppen mit Taschenbildung oberhalb und unterhalb der Drüse. Pyelitis kontraindiziert die Operation nicht. Die anatomische Art der Wucherung hat keinen Einfluſs auf das Resultat des Eingriffs.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Beiträge zur Behandlung der chronischen Prostatitis, von Paul Richter-Berlin. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1901. No. 52.) Nach Besprechung der üblichen Methoden (Massage der Prostata durch den Finger oder Instrumente, Elektrizität) empfiehlt R. die von ihm etwas modifizierte Winternitzsche Kühlblase, durch deren Anwendung er oft auch in schweren und hartnäckigen Fällen gute Resultate erzielte. Der Apparat ist (mit Illustration) anschauend geschildert. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ein klinischer Vortrag über die totale Exstirpation der Prostata behufs radikaler Behandlung der Hypertrophie derselben, von P. J. Freyer-London. (*Brit. med. Journ.* 20. Juli 1901.) Bei 4 Patienten im Alter von 62 bis 69 Jahren, welche schon längere Zeit an den Beschwerden der Prostatahypertrophie gelitten hatten, erzielte F. einen vollen Erfolg, indem er nach Ausführung der Sectio alta vesicae die ganze Prostata entweder in toto oder lappenweise mit dem Finger nach vorheriger Incision der Schleimhaut enukleierte. Manchmal war die Prozedur durchaus nicht leicht, indem die eigentliche Kapsel mit der Oberfläche der Drüse durch starke Bänder von Bindegewebe verbunden war. Die Blutung war meist nicht erheblich und stand sogleich nach Irrigation mit heifser Flüssigkeit. Der entstehende Hohlraum wird schnell durch die Kontraktilität der Kapsel und durch Druck der umgebenden Teile beseitigt, so dafs Drainage entbehrt werden kann. — F. stellt diese Methode als eine gänzlich neue dar, doch ist ihm dies nachträglich (*Brit. med. Journ.* No. 2121) von verschiedenen Seiten, Robson, Fuller, Nicoll, Clarke, bestritten worden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

In der Société des Sciences médicales de Lyon (Sitzung vom 1. Mai 1901. Nach *Lyon méd.* 1901. No. 21) stellte Adenot einen Mann vor, bei dem vor drei Monaten wegen Prostatahypertrophie eine **partielle perineale Prostatectomie** gemacht worden war. Der 58jährige Mann war mit den Erscheinungen einer schweren Urin-

infektion und einem falschen Weg in die Klinik gekommen. Ein operativer Eingriff erschien unumgänglich notwendig. Da es unmöglich war, eine Führungssonde in die Blase zu bringen, wurde zuerst die Sectio alta gemacht und mit Hülfe des in den Blasenhals vorgeschobenen kleinen Fingers die Sonde in die Blase eingeführt; dann wurde, da eine subkapsuläre Enukleation der mit dem Rectum und der Blase fest verwachsenen Drüse sich nicht ausführen liefs, nach der Dittelschen Methode vom Perineum aus die seitlichen Prostatalappen reseziert. Die Operation hatte eine augenblickliche Besserung des Allgemeinbefindens zur Folge. Auch der weitere Verlauf war ein ausgezeichneter, der Patient konnte alsbald spontan und leicht urinieren. Wie die Untersuchung der excidierten Stücke ergab, handelte es sich um ein reines Adenom der Prostata. *Götz-München.*

Einige Folgeerscheinungen der Bottinischen Operation gegen Prostatahypertrophie, von L. Bolton Bangs-New York. (*New York med. journ.* 27. Juli 1901.) Eine häufig vorkommende unangenehme Folge dieser Operation ist, dafs nach der Entfernung des Incisors es unmöglich ist, sei es einen Nelaton- oder Gummi- oder irgend einen härteren Katheter einzuführen. Das Hindernis liegt in einer starren Kontraktion des membranösen und prostatischen Teiles der Harnröhre. Um diese Schwierigkeit zu überwinden, liefs sich B. eine Reihe von Metallkathetern, welche leicht sterilisierbar sind, fabrizieren. Nach 3—4 Tagen gelingt es mit diesen, das Hindernis zu überwinden, so dafs dann die gewöhnlichen Katheter eingeführt werden können. Der Heilungsprozefs beginnt unmittelbar nach der Operation, wie B. cystoskopisch in einigen Fällen konstatieren konnte, in einem weiter angeführten Falle war es auch möglich, durch Autopsie die vorgenommene Operation zu kontrollieren und den Vernarbungsprozefs zu konstatieren. Nach der Ansicht Bangs ist ferner der spontane Urinabgang, welcher der Operation folgt, nicht der Bildung der (Incisions-) Gruben, sondern der Kontraktion der Narben und der Atrophie des Drüsengewebes zu danken; eine Reihe von Erwägungen, welche B. anführt, brachten ihn zu dieser Ansicht Der Tonus der Blase kann selbst bei grofser Schlaffheit und Schwäche der Muskulatur wieder völlig hergestellt werden und dienen hiezu aufser genauer Befolgung der Vorschriften, welche der Patient bei Entleerung der Blase einzuhalten hat, Höllensteininstillationen und geschickte Applikationen des faradischen Stromes (Anführung eines bezüglichen Falles). Von den 42 Operationen, welche B. insgesamt in seiner Praxis vornahm, konnten 60% den Katheter völlig weglassen, 20% gröfsere Mengen wie vorher urinieren (Verminderung des Residualharns) und 20% hatten wenig oder gar keinen Vorteil von der Operation. Drei Todesfälle waren direkt auf die Operation zurückzuführen, wovon zwei durch Sepsis und ein durch Shock.
Stern-München.

d. *Nieren, Ureteren, Harn.*

Über das Vorkommen von grünem oder blauem Urin und dessen häufigste Ursache, von F. P. Weber-London. (*Lancet.* 21. Sept. 1901.) Beobachtungen an einer Reihe von Fällen haben Verfasser davon überzaugt, dafs die häufigste Ursache dieser oft zu grofser Bestürzung Anlafs gebenden Anomalie der Genufs von anilingefärbten Bonbons, namentlich lila- und blaugefärbten, abgiebt. Beachtenswert ist der Umstand dafs dabei oft nur der Morgenurin gefärbt gefunden wird, während das Tagessekret keine Abnormität aufweist. (Die übrigen Hauptpunkte des vorliegenden Aufsatzes sind bereits in den Monatsheften erwähnt worden. Ref.) *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Blauer Urin, von J. Goor-Stockport. (*Lancet.* 1. Juni 1901.) Patient, ein 43-jähriger, unverheirateter Mann kam wegen gastrischer Beschwerden und Obstipation

in Behandlung mit der Angabe, dafs sein Urin grün sei. Die überlieferte Probe war „pfau-blau" gefärbt, klar, von saurer Reaktion und gab auf Kochen mit Salzsäure eine schöne rosarote Färbung, war somit indikanhaltig. Am nächsten Tage entleerte er in Gegenwart des Arztes etwa 60 ccm „salbei-grünen" Urin. Unterm Mikroskop enthielt derselbe gehäufte Körnchen von orangegelber Farbe, während dieselben im ersten Präparat tiefblau gewesen waren. Bei längerem Aufbewahren in verschlossener Flasche verschwand die Farbe, kehrte aber bei Einwirkung der Luft wieder. Verfasser erklärt die Erscheinung als eine weitere Entwickelung von dem durch die Verdauungsstörung entstandenen Indikan zu Indigblau. Patient leugnete, irgend etwas genommen zu haben, was sonst Blaufärbung bedingen könnte (Methylenblau), und es lag auch kein Grund vor, dies bei ihm anzunehmen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Albuminurie nach kalten Bädern, von Rem-Picci. (*Il Policlinico.* 1901. No. 9.) Verfasser behauptet auf Grund von Experimenten, dafs gewisse Albuminurien wirklich auf die Wirkung sehr kalter und lange fortgesetzter Bäder zurückzuführen sind und dafs im allgemeinen derartige Bäder kontraindiziert sind. Vereinzeltes Auftreten von Albuminurie nach einem kalten Bade hat natürlich keine schlimme prognostische Bedeutung; lange fortgesetzte Albuminurie durch Kältewirkung führt hingegen leicht zu bleibender Schädigung des Nierengewebes. Was den Mechanismus des Zustandekommens dieser Albuminurien anbelangt, so ist Verfasser mit Borri, Vanni etc. der Ansicht, dafs dabei der Vagus durch Vermittelung der peripheren Nerven der Haut die Rolle eines trophischen Nierennervens spielt.

C. Müller-Genf.

„Cyklische" Albuminurie und neue Gesichtspunkte für die Bekämpfung von Albuminurien, von Paul Edel-Würzburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 46 u. 47.) Der Verfasser hat drei Kranke mit cyklischer Albuminurie längere Zeit hindurch eingehend beobachtet und untersucht und dabei gefunden, dafs zwischen Harnmenge und Eiweifsausscheidung in allen Fällen eine enge Beziehung bestand, dafs Vermehrung der Harnmenge stets mit Abnahme der Eiweifsmenge einherging, und dafs demzufolge alle Momente, die eine Steigerung der Harnmenge zur Folge hatten, gleichzeitig Verminderung bezw. Schwinden der Eiweifsausscheidung bewirkten. So wurde stets nach dem Mittagessen längere oder kürzere Zeit hindurch eiweifsfreier oder fast eiweifsfreier Urin entleert, und zwar infolge der durch das Essen verursachten Steigerung der Diurese. Wurde die Mittagmahlzeit weggelassen und an deren Stelle Kalium aceticum verabreicht, so trat ebenfalls ein eiweifsfreies Intervall ein, das ebenso lang andauerte wie die Wirkung des Diureticums. Der unter der Einwirkung eines heifsen Bades ausgeschiedene Urin war infolge der durch das Bad verursachten Erregung der Herzthätigkeit stets heller, reichlicher und beträchtlich eiweifsärmer als der sonst während der gleichen Zeit und unter den gleichen Verhältnissen, aber ohne Bad ausgeschiedene Harn. Auch die Horizontallage bewirkte, wenn sie längere Zeit hindurch eingehalten wurde, Vermehrung der Harmenge verbunden mit beträchtlicher Abnahme des Eiweifsgehaltes und das wahrscheinlich, weil bei Horizontallage der Gesamtblutdruck erheblich gröfser ist als bei aufrechter, ruhiger Körperstellung. Wenn bei den Kranken zu Zeiten und unter Verhältnissen, in denen sonst eiweifsfreier oder eiweifsarmer Urin ausgeschieden wurde, Albuminurie, bezw. verstärkte Albuminurie auftrat, so war das stets die Folge einer Verminderung der Herzthätigkeit; so war in den Vormittagsstunden, in denen die Eiweifsausscheidung am stärksten war, der Puls stets kleiner und weniger gespannt als am Nachmittag, wenn eiweifsfreier Urin ausgeschieden wurde. Solche unter dem Einflusse schwacher Herzthätigkeit auftretenden Eiweifsausscheidungen hörten auf, sobald durch geeignete

Maßnahmen eine Anregung und Verstärkung der Herzthätigkeit herbeigeführt wurde. So gelang es stets, durch einen mit einer gewissen Strammheit ausgeführten Spaziergang, noch sicherer aber durch eine Bergbesteigung eine mit unzulänglichem, kleinem Pulse verbundene maximale Albuminurie zu unterbrechen. Je stärker die Anregung der Herzthätigkeit war, desto sicherer und vollständiger war der Erfolg. Energieloses Dahinschlendern, das keine Verstärkung der Herzthätigkeit, wohl aber Ermüdung und Erschöpfung bewirkte, verursachte natürlich eine Zunahme der Eiweißausscheidung. — Eine wirkliche Behandlung konnte der Verfasser aus äußeren Gründen bisher nur bei einem seiner Kranken durchführen; sie bestand in vorsichtiger systematischer Übung des Herzens und in Verabreichung zahlreicher über den ganzen Tag verteilter Mahlzeiten. Der Erfolg war ein sehr guter: nach 8 Wochen war der Harn andauernd eiweißfrei, dabei hell und reichlich, der Puls voll und kräftig. Die bisherige, in Bettruhe bestehende Therapie verspricht einen Erfolg nur in jenen Fällen von cyklischer Albuminurie, in denen eine akute Erschöpfung des Herzens vorliegt. — Der Verfasser hat nun auch bei 15 Nephritikern, bei denen nachweisbare Veränderungen am Herzen nicht bestanden, Versuche vorgenommen. Die diesbezüglichen Untersuchungen sind noch nicht beendigt, doch hat es nach den bisherigen Erfahrungen den Anschein, daß auch bei Nephritikern, insbesondere bei solchen, bei denen das Herz schwach und ungeübt ist und die Eiweißausscheidung große Schwankungen aufweist, vorsichtige und zielbewußte Übung des Herzens und Steigerung der Diurese eine günstige Wirkung hat. — Näheres wird der Verfasser in einer ausführlichen Publikation mitteilen. *Götz-München.*

Zur Verteilung der Eiweißschlacken im Harn, von G. Ascoli und F. de Grazia-Genua. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1901. No. 40.) Die interessanten Ausführungen der Verfasser lassen sich kurz in folgende Sätze zusammenfassen: 1. Der relative Harnstoffcoefficient des Harns ist in physiologischen und pathologischen Verhältnissen niedriger als nach den meist gebrauchten Methoden angenommen wird. 2. Pathologische Abweichungen des Harnstoffcoefficienten, die bisher unbeachtet blieben, werden bei Anwendung der Pfaundlerschen Methodik durch Erhöhung der Monoamido-N-Fraktion des Harns nachweisbar. 3. Die Abweichungen des Harnstoffcoefficienten und des Monoamido-N sind bei Erkrankungen der Leber konstanter, als aus den bisherigen Daten hervorging: die Störung der Leberfunktion giebt sich in Erhöhung der Monoamido-N-Fraktion ziemlich konstant kund. 4. Nierenkrankheiten haben ebenfalls auf die Verteilung des Schlacken-N im Harn einen wesentlichen Einfluß; die Monoamido-N-Fraktion weist ein unregelmäßiges Verhalten bei häufiger Erhöhung ihres relativen Wertes auf. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Albuminurie nach Urotropin, von A. Griffith. (*Brit. med. Journ.* 29. Juni 1901.) In einem Falle von typhösem Fieber verordnete Verfasser dreimal täglich 0,6 Urotropin. Am nächsten Tage empfand die 21jährige Patientin etwas Schmerzen beim Urinieren. Am zehnten Tage der Medikation stellten sich Rückenschmerzen, allgemeine Schwäche, Schwellung der Augenlider ein. Der Urin enthielt große Mengen Eiweiß. Nach Sistierung des Urotropins verschwanden in wenigen Tagen diese üblen Erscheinungen. (NB. Somit dürfte die Verordnung von Urotropin bei Typhus nicht besonders empfehlenswert sein. Ref.) *C. Berliner-Aachen.*

Hämaturie nach Urotropin, von Milligan. (*Brit. med. Journ.* 29. Juni 1901.) Ein 18jähriges Mädchen bekam zur Beförderung der Diurese dreimal täglich 0,3 Urotropin. Nach 8 Tagen stellte sich Brennen beim Urinieren und Harndrang ein. Die

Untersuchung des Urins ergab eine beträchtliche Menge roter Blutkörperchen, die wieder verschwanden, als mit dem Urotropin aufgehört wurde. (NB. Der Verfasser giebt nicht an, an welcher Krankheit das Mädchen gelitten habe. Ref.)

C. Berliner-Aachen.

Hämaturie nach Urotropingaben, von W. L. Brown. (*Brit. med. Journ.* 15. Juni 1901.) Urotropin war von verschiedenen Autoritäten bei Typhus empfohlen worden, um Komplikationen seitens des Harntractus vorzubeugen, und zwar sollte es in ½-Gramm-Dosen dreimal täglich die ganze Fieberzeit hindurch gegeben werden.

Verfasser berichtet nun über zwei Fälle, bei denen nach achttägigem Gebrauche des Urotropins Hämaturie aufgetreten war und nach Sistierung des Medikaments sofort wieder verschwand. *C. Berliner-Aachen.*

Hämatoporphyrinurie mit letalem Ausgange, von H. Waldo. (*Brit. med. Journ.* 15. Juni 1901.) Ein 33jähriger Mann, der gut lebte, aber wenig arbeitete, klagte eines Tages dem Verfasser über Dyspepsie und Schwindelanfälle. Schon seit Jahren hatte er gegen seine Schlaflosigkeit Hypnotica, vorwiegend Sulfonal, genommen. Einige Tage nach der ersten Konsultation bekam der Patient Erbrechen, heftige Magenschmerzen und verfiel in einen Zustand, der an Delirium tremens erinnerte. Der Urin sah portweinfarbig aus, roch nach Sellerie, enthielt aber kein Eiweifs, noch Blutkörperchen. — Das Spektroskop zeigte Streifen, welche denen durch Hämatoporphyrin hervorgerufenen entsprachen. Der Zustand des Patienten verschlimmerte sich rapid. Es folgte allgemeine Parese. Unter Prostration und Konvulsionen trat der Tod ein. Eine Autopsie war nicht gestattet worden. *C. Berliner-Aachen.*

Die essentielle paroxysmale Hämoglobinurie, von Muls. (*Policlinique.* 1901. No. 11.) Kurze Beschreibung, aus der nur die Behauptung hervorzuheben ist, dafs die Affektion viel häufiger bei Kindern als bei Erwachsenen vorkomme. Andere Autoren, z. B. Senator, dann Laache-Christiania (in Ebstein-Schwalbes Handbuch) behaupten das Gegenteil. *Götz-München.*

Beiträge zur Ätiologie, Diagnose und Therapie der Bacteriurie, von Wilhelm Buttermilch. (*Wien. klin. Rundsch.* 1901. No. 22.) Zwei sonst ganz verschiedene Fälle von Bacteriurie, einer bei einem Patienten mit chronischer Blennorrhoe, der andere bei einem 4jährigen Kinde, haben das gemeinsame, dafs der Bacteriurie Darmstörungen vorausgehen. In beiden Fällen handelt es sich um das Bacterium coli commune. Heilung wurde bei dem ersten Patienten, bei dem es sich um die vesikale Form handelte, nur durch Sublimatspülungen erzielt, bei der renalen Form ist Salol, Urotropin, die Darreichung gröfserer Flüssigkeitsmengen am Platze. Stets sind vorhandene Darmstörungen zu beseitigen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Verschiedenes.

Die Deutsche Gesellschaft für Volksbäder wird ihre diesjährige Hauptversammlung am 26. Mai in Weimar abhalten. — Anmeldungen wolle man an die Geschäftsstelle der Gesellschaft, Berlin NW. 6, Karlstrafse 19, richten.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXXIV. No. 7. 1. April 1902.

Über spontane und Narbenkeloide.

Von

Dr. med. Carl Berliner,
Spezialarzt für Hautkrankheiten in Aachen.

Mit einer Abbildung im Text.

Seitdem Alibert die erste Beschreibung der von ihm wegen ihres krebsscheerenartigen Fortschreitens so benannten „Keloide“ geliefert hat, sind nahezu hundert Jahre verflossen, ohne dafs bisher die Pathogenese dieser Geschwülste hinreichend klar gestellt worden ist. Weder hinsichtlich des klinischen Bildes, der Nomenklatur, der Klassifizierung, noch der Histologie, Aetiologie und der einzuschlagenden Therapie herrscht unter den Autoren völlige Übereinstimmung. Nicht einmal bei Alibert selbst, der die Keloide in wahre und falsche, in primäre und sekundäre einteilt, ist man sicher, ob er nicht die primären Keloide mit den sekundären, beziehungsweise den Narbenkeloiden verwechselt. Denn das krebsscherenartige Fortschreiten, welchem die Tumoren ihren Namen verdanken, haben wir bei den spontanen Keloiden gar nicht, wohl aber bei den Narbenkeloiden beobachtet. Die Bezeichnungen „echte“ und „falsche“ Keloide sollten als ungeeignet aufgegeben werden. Ein Keloid, das klinisch und histologisch sich als solches kennzeichnet, bedarf nicht des Epitheton „echt“ und ein „falsches“ Keloid ist überhaupt keins. Dies von den Narbenkeloiden zu sagen, würde den thatsächlichen Verhältnissen nicht entsprechen. Bei zweifellos bestehenden Unterschieden zwischen Keloid und Narbenkeloid sind dieselben doch nicht derart erheblich, dafs man berechtigt wäre, die Keloidnatur der Narbengeschwülste in Frage zu stellen. Auf der anderen Seite braucht man aber auch nicht so weit zu gehen, wie Welander, Schütz und andere Autoren, welche überhaupt keinen Unterschied zwischen primären und Narbenkeloiden machen wollen. Sicher sind solche Unterschiede, wie wir sehen werden, vorhanden. Wir halten an der Einteilung der Keloide in spontane und Narbenkeloide fest und bezeichnen als „spontan“ diejenigen, die aus unbekannten oder nicht klar liegenden Ursachen unbemerkt in der Tiefe der Haut sich entwickeln,

bis zu einer gewissen Gröfse langsam wachsen, bei grofser Recidivfähigkeit, aber mangelnder Tendenz zum Zerfall und zur Metastasenbildung nach einiger Zeit zum Stillstand kommen, zuweilen sich zurückbilden und spontan verschwinden, meistens jedoch auf einer gewissen Stufe der Entwickelung stationär bleiben. Die Recidive der spontanen Keloide, wenn man überhaupt von solchen sprechen kann, sind nichts anderes als Narbenkeloide. Die letzteren entstehen — immer, wie auch bei den spontanen Keloiden, ein hierzu prädisponiertes Individuum vorausgesetzt, — auf der Basis von Narben nach Continuitätstrennungen, Traumen, Ätzungen, Verbrennungen, überhaupt nach Substanzverlusten jeder Art und zeigen durch ihre Recidivfähigkeit und ihr rapides Wachstum eine, wenn auch nur lokale, Malignität, die an die Bösartigkeit der Spindelzellensarkome erinnert, mit welchen sie histologisch manche Ähnlichkeit haben.

Während man klinisch Keloid, Narben-Keloid, Acne-Keloid (Mibelli), hypertrophische Narbe noch auseinanderhalten kann, wird dies histologisch ungleich schwerer. Als Hauptunterscheidungsmerkmal figuriert meistens die Papillenschicht; beim spontanen Keloid eine wohl erhaltene, wenig oder gar nicht veränderte, beim Acne-Keloid eine erhaltene aber veränderte Papillenschicht, und Fehlen derselben beim Narbenkeloid und bei der hypertrophischen Narbe. Die primäre Schädigung, welche den Anstofs zu diesen Bindegewebshyperplasien giebt, soll nach Goldmanns jüngsten Untersuchungen beim spontanen Keloid in der Pars reticularis, beim Narbenkeloid in der Pars papillaris der Cutis erfolgen. Die weiteren in der Keloidsubstanz selbst gelegenen Unterschiede sind unwesentlicher Natur und vielfach bedingt durch die Lokalisation und das Alter der Tumoren vor ihrer Excision, zumeist unterscheiden sie sich durch den Grad der Dichtigkeit und die Menge der zelligen Bestandteile des Bindegewebes, aus dem sie bestehen. Würde man Gelegenheit haben, ein spontanes Keloid und ein Narbenkeloid von derselben Lokalisation und demselben Alter histologisch zu untersuchen, so würden die unterscheidenden Merkmale wahrscheinlich auf das Fehlen oder Vorhandensein der Papillenschicht sich reduzieren. Leider bietet sich eine derartige Gelegenheit wohl aufserordentlich selten. Wir selbst sind nur in der Lage gewesen, spontanes Keloid und Narbenkeloid von derselben Lokalisation, aber ungleichem Alter histologisch zu untersuchen. Ehe wir die Befunde mitteilen, sei die Krankengeschichte des Falles, den wir dieser Arbeit zu Grunde gelegt haben, vorangeschickt.

Wir haben den Fall auf der 72. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Aachen am 20. September 1900 in der dermatologischen Sektion vorgestellt und ebendaselbst miskroskopische Präparate von Keloiden und Narbenkeloiden demonstriert.

— Adolf J. aus Aachen, von Profession Schreiner, ist 30 Jahre alt, verheiratet, kinderlos. In seiner Jugend war er, wenn man von den Kinderkrankheiten absieht, stets kräftig und gesund. Er ist wiederholentlich ohne Erfolg geimpft worden. Impfnarben sind nicht zurückgeblieben. Im Alter von 15 Jahren bekam er am Ellenbogen einen Abscefs, der durch einen Kreuzschnitt geöffnet wurde. Aufserdem entwickelten sich um dieselbelbe Zeit Furunkel am linken Arm, die nach Entleerung des Eiters, ebenso wie der Abscefs, ohne nachfolgende Keloidbildung abheilten. Als der Patient 17 Jahre alt war, entstand hinter dem linken Ohr am Warzenfortsatz ein bohnengrofser, harter Knoten. Im Laufe der nächsten 2 Jahre entwickelten sich auf der Brust, am Rücken und an den Armen Knoten, die wie Furunkel aussahen, jedoch nicht weich wurden und aufbrachen, sondern sehr langsam wuchsen und eine knorpelharte Beschaffenheit annahmen. Stechende Schmerzen am Ohre veranlafsten den Patienten, im Louisenhospital um Rat zu fragen. Hier wurde ihm der Knoten excidiert. Nach wenigen Wochen entstand an der operierten Stelle eine länglich ovale Narbengeschwulst, welche den ursprünglichen Knoten nach allen Richtungen hin an Umfang übertraf. Teils aus kosmetischen Gründen, teils weil die Schmerzen im Ohr zeitweilig sehr heftig wurden und bis nach dem Hinterkopfe hin ausstrahlten, liefs sich der Patient ein Jahr später auch das Narbenkeloid, diesesmal im Mariahilfspital, operativ entfernen. Die Hoffnung, dafs nunmehr ein Recidiv ausbleiben würde, erwies sich als eine trügerische. Im Jahre 1892 konsultierte mich der Patient wegen seines Hautleidens. Ich liefs die Narbengeschwulst am Ohr längere Zeit hindurch mit Quecksilberpflaster bedecken und hatte die Genugthuung, dafs die Schmerzen viel von ihrer früheren Heftigkeit verloren. Später excidierte ich vom linken Arm einen kleinen, kaum über das Niveau der Haut hervorragenden, bläulich-roten Knoten und versuchte, durch einen festen Verband und konstanten Druck auf die

operierte Stelle dem üppigen Emporschiefsen von Narbengewebe einen direkten Widerstand entgegenzusetzen und die Entwickelung eines Recidivs hintanzuhalten. Vielleicht wäre dies geglückt, wenn der Patient bei seinen Schreinerarbeiten den Arm nicht zu viel und zu ausgiebig bewegt und schliefslich den Druckverband gelockert hätte. Nach 8 Wochen war im Bereich der Excisionsstelle eine Narbengeschwulst entstanden, die $2^1/_2$ cm. lang, 1 cm. breit, von ovaler Gestalt war, sich fest anfühlte und eine unebene gerötete Oberfläche zeigte. Den Patienten verlor ich dann für längere Zeit aus dem Auge. Inzwischen hatte er wieder im Louisenhospital um Rat gefragt, und dort wurde ihm das Narbenkeloid vom Arme ausgeschnitten, und ein oberhalb der Excisionsstelle entnommenes Hautstück transplantiert. Sowohl im Bereiche der transplantierten, wie der zum Zwecke der Transplantation excidierten Partie entstand innerhalb von 2 bis 3 Monaten ein einziges grofses Narbenkeloid. Selbst an den Einstichstellen der angelegten Nähte hatten sich feste, kleinerbsengrofse Keloide entwickelt. Im Laufe von mehr als 8 Jahren sind nur wenige Tumoren neu entstanden; einige haben sich mit Hinterlassung einer bläulich-roten Stelle vollständig zurückgebildet. Die übrigen spontanen Keloide zeigten nur geringe Tendenz zum Wachsen. Nachdem sie eine gewisse Grösse erlangt hatten, blieben sie in den letzten Jahren stationär. Die Narbenkeloide am Arm und am Ohr sind in der ersten Zeit ihres Bestehens nach allen Dimensionen hin relativ rasch gewachsen, dann trat Stillstand im Wachstum ein, und in den letzten Jahren scheint regressive Metamorphose Platz gegriffen zu haben. Die Partien, namentlich am Arme, sind weicher, flacher geworden und abgeblafst und nähern sich mehr und mehr dem Niveau der normalen Haut. Einzelne der Stich-Keloide sind nur noch durch kleine bläulich-rote Flecke angedeutet.

Im ganzen weist der kräftige, muskulöse Patient zur Zeit an den Armen, Schultern, an der vorderen und seitlichen Thoraxfläche etwa 18—20 gröfsere und zahlreiche kleinere, zumeist bläulich-rote, harte, nicht verschiebbare Keloide auf, von denen zwei in typischer Weise auf dem Sternum lokalisiert sind und sich vor 8 Jahren noch als querverlaufende, strangartige Bildungen präsentierten. Gegenwärtig sind sie teilweise spontan verschwunden. Eine gewisse symmetrische Anordnung der Keloide in der Acromialgegend beiderseits ist nicht zu verkennen. Diese Symmetrie wird von einigen Autoren als eines der Unterscheidungsmerkmale der spontanen Keloide angesehen, von anderen als Beweis für den nervösen Ursprung der Tumoren herangezogen. Abgesehen von der Tendenz der Keloidbildung zeigte der Patient früher an denselben Körperstellen eine grofse Neigung zur Comedonen-, Akne- und Furunkelbildung. Zu einer Vereiterung der Keloide ist es niemals gekommen. Wie bereits bemerkt,

trifft das krebsscherenartige oder fingerförmige Übergreifen der Geschwulst in das benachbarte gesunde Gewebe, wenigstens in unserem Falle, nur für die Narbenkeloide zu.

In therapeutischer Beziehung haben sich die chirurgischen Eingriffe als erfolglos, ja, durchaus nachteilig erwiesen. Gerade dieses Recidivieren kennzeichnet das spontane und das Narbenkeloid und unterscheidet das letztere von der hypertropischen Narbe, die einmal die Grenze des Substanzverlustes nicht überschreitet und zweitens excidiert völlig ohne Recidiv abheilt. Manche Autoren berichten jedoch von mit Erfolg operierten Narbenkeloiden, so MAX JOSEPH. LELOIR und VIDAL waren sogar der Meinung, dafs Narbenkeloide nach einer einmaligen Entfernung oder Zerstörung fast niemals recidivieren. Wenn dies kein Irrtum ist und sich vielleicht auf die hypertrophische Narbe bezieht, so verstehen wir das Ausbleiben des Recidivs in JOSEPH's Fall und in den Fällen, die LELOIR und VIDAL im Auge hatten, nur bei solchen Patienten, die im übrigen keine angeborene oder in der Pubertätszeit erworbene Disposition zur Keloidbildung besafsen. Patienten aber, die, wie der unsrige, mit einer solchen Disposition behaftet sind, beantworten jeden intensiveren Eingriff in ihre Haut mit Keloidbildung. Amerikanische Autoren berichten von den Negern, dafs sie eine besondere Anlage zur Produktion von fibrösem Gewebe besitzen und auf die geringste Hautverletzung, gleichviel welcher Art, mit Keloidbildung reagieren. Nicht selten sieht man Negerfrauen an beiden Ohrläppchen apfelsinengrofse Keloide mit einem gewissen Stolz zur Schau tragen. Diese Keloide sind zumeist nach Durchbohren der Ohrläppchen zum Zwecke des Tragens von Ohrringen entstanden. G. H. FOX beschreibt einen Fall von Keloid bei einem 24jährigen Neger, der seit 9 Jahren ein Gewächs am Hinterhaupte zeigte. Kurze Zeit nach Excision des Tumos recidivierte derselbe; gleichzeitig schossen ähnliche, kleinere Geschwülste in der Umgebung auf. Der Fall hat Ähnlichkeit mit der Dermatitis papillomatosa-KAPOSI, die FOX und mit ihm andere amerikanische Autoren für eine Art Keloid erklären. Während man also bei derartigen Patienten von der radikalen Entfernung der Keloide wird absehen müssen, dürfte vielleicht von den Skarifikationen nach VIDALS Empfehlung, von der Lichttherapie, die MALCOLM MORRIS jüngst in Anwendungen gezogen hat, und von der Elektrolyse mehr Erfolg zu erwarten sein. Allerdings stellen diese Behandlungsmethoden die gröfsten Anforderungen an die Ausdauer des Patienten wie des Arztes. Wir haben mit der Elektrolyse nach mehrwöchentlicher Anwendung eine kaum bemerkbare Abflachung eines Knotens erzielt. Um den Knoten vollständig durch Elektrolyse zu beseitigen, hätten wir bei wöchentlich zwei Sitzungen von 10 Minuten Dauer wohl 6—8 Monate gebraucht. Leider war die Geduld unseres Patienten schon weit früher zu Ende.

Vor einigen Jahren hat SINCLAIR TOUSEY und später HANS v. HEBRA das Thiosinamin, einen in der chemischen Zusammensetzung dem Harnstoff ähnlichen Körper, empfohlen. Dasselbe soll in der Form von intramuskulären Injectionen dem Körper einverleibt eine ungewöhnliche Anregung der Zellthätigkeit im Blute und Vermehrung der weifsen Blutkörperchen zur Folge haben, wodurch in erhöhtem Grade abgenutztes oder wieder organisiertes Material auf dem Wege der Blut- oder Lymphbahn aus dem Körper eliminiert werde. Das Thiosinamin trifft dieses Material, wo immer es sich auch in den Organen vorfindet, ähnlich wie das Quecksilber und das Jod die syphilitischen Produkte. Aber auch diese Methode scheint die Geduld der Patienten auf eine harte Probe zu stellen. Denn von den zahlreichen Fällen von Narbenkeloiden und Narben-Hypertrophien, welche SINCLAIR TOUSEY mit Thiosinamin behandelte, hielten nur 3 Patienten solange stand, bis nach jahrelanger Beobachtung definitive Heilung konstatiert werden konnte. Seit 3—4 Monaten wenden wir das von UNNA empfohlene Thiosinaminpflaster an, ohne bisher einen merklichen Erfolg erzielt zu haben. Wir wollen indessen das Pflaster noch einige Monate länger anwenden. Vielleicht hat sich bis dahin eine derartige Besserung, Erweichung, Abflachung, Abblassung der Tumoren gezeigt, dafs man zu weiterem Gebrauche des Mittels bis zum völligen Verschwinden derselben ermutigt wird. Billig ist weder die eine noch die andere Behandlungsmethode. Im übrigen thut man gut, wenn der Patient von schmerzhaften oder anderen subjektiven Empfindungen nicht belästigt wird, und kosmetische Gründe nicht zu besonderen Mafsnahmen zwingen, die Rückbildung der Keloide der Zeit zu überlassen.

Ist die Kombination von spontanen und Narbenkeloiden an sich schon eine grosse Seltenheit, so begegnet man bei der wohlbegründeten Scheu gegen ihre operative Beseitigung in der Litteratur noch weit seltener Mitteilungen über angestellte histologische Untersuchungen derartiger Tumoren. Abgesehen von den Lehrbüchern beschäftigen sich in besonderen Abhandlungen eingehender mit der Histologie der spontanen und Narbenkeloide nur DÉNÉRIAZ, JOSEPH, MIBELLI, RAVOGLI, SCHÜTZ, LELOIR, VIDAL und jüngst auch W. REISS und LEOPOLD FREUND.

Wir geben in Folgendem die histologischen Befunde, die sich nicht wesentlich von denjenigen anderer Autoren unterscheiden, nach unseren Präparaten wieder. Dieselben sind zumeist in Haematoxylin und Pikrinsäurelösung oder Pikrocarmin gefärbt.

1. In einem Schnitte des spontanen Keloids sieht man bei schwacher Vergrösserung die wohlerhaltene Epidermis mit normalen Epidermiszapfen, ebenso eine im ganzen intakte Papillenschicht. Der etwas stärkeren Anfüllung der Blutgefässe in diesem Bezirke entspricht klinisch die rötliche

Farbe der Keloide. In der Epidermis sieht man einen im Schnitt ganz vorzüglich getroffenen Haarfollikel und aufserhalb der Geschwulst einen Schweifsdrüsenausführungsgang beinahe in seiner ganzen Länge bis hinab zu den Knäueldrüsen, ferner einen Talgdrüsenfollikel und Talgdrüsenacini, welche an der dem Keloid zugewandten Seite bedenklich infiltriert und teilweise in Auflösung begriffen erscheinen. Die Keloidmasse ist streng auf das Corium beschränkt. Sie setzt sich namentlich an den Seiten und nach unten hin scharf gegen die Umgebung ab und ist gleichsam in eine aus dicken Bindegewebsbündeln bestehende Kapsel eingeschlossen.

2. In einem Schnitte mehr vom Centrum des Keloids sieht man an einer etwas auseinandergerissenen Stelle deutlich, dass die bindegewebige Grundsubstanz des Tumors aus parallel verlaufenden Bindegewebsbündeln und feinsten Bindegewebsfasern besteht. Diese Faserbündel bilden im weiteren Verlaufe ein mehr oder weniger dichtes Geflecht, das den Bau von Blutgefäfsen nachahmt, vielfach das Lumen derselben scheidenartig umgiebt und Bindegewebselemente der verschiedensten Gestalt und Gröfse, wenn auch an dieser Stelle des Präparates nicht sehr reichlich, aufweist. Die beschriebene Partie stellt fertiges, mäfsig vascularisiertes, im ganzen zellenarmes Bindegewebe dar, das die Cutisbestandteile, darunter auch die elastischen Fasern, völlig verdrängt hat. Dadurch unterscheidet sich das Keloid vom Fibrom, als welches es die meisten Autoren ansehen. Beim Fibrom ist das elastische Gewebe nicht gänzlich zu Grunde gegangen.

Das Fibrom fühlt sich aufserdem etwas weicher als das Keloid an und ist reicher an bindegewebigen Elementen als dieses.

Man kann das Keloid als ein condensiertes Fibrom bezeichnen.

3. In einem Schnitte mehr von der Peripherie des Keloids zeigt sich gleichsam die Werkstätte, aus der die Elemente für den Aufbau des Tumors hervorgehen. Man sieht eine kleine Stelle des unter 1. erwähnten Talgdrüsenfollikels, begrenzt von Talgdrüsen, welche dicht besät sind mit Zellen und grofsen hellen, runden oder ovalen oder länglichen Kernen. 1-2-3 Kernkörperchen sind in diesen Kernen deutlich sichtbar. Die Zellen erscheinen als in Proliferation begriffenes Talgdrüsenepithel. Die nächste Umgebung des Follikels, namentlich nach oben hin, ist aufserdem stark infiltriert mit Bindegewebszellen, Das dem Talgfollikel zugehörige Haar erscheint verhältnifsmäfsig nur sehr wenig von dem Prozefs in Mitleidenschaft gezogen. Es unterliegt keinem Zweifel, dafs hier ein entzündlicher Zustand besteht, der die Proliferation der Talgdrüsenzellen und der Bindegewebszellen bedingt, Von hier aus sieht man eine Brücke, bestehend aus denselben Elementen, hinüberführen zum Keloid, dessen peripherer, den Talgdrüsen zugewandter Teil gegenüber anderen Partien auffallend stark mit den erwähnten Zellen und Zellenkernen bedeckt ist. Je weiter

man sich von der Peripherie nach dem Zentrum entfernt, desto spärlicher werden diese Zellen; der gröfsere Teil wird im weiteren Verlaufe zu Bindegewebe umgewandelt. Dieses, anfangs stark vascularisiert, nimmt mit der Zeit durch Schrumpfung, durch Druck eine sklerotische Beschaffenheit an und ist gefäfs- und zellenarm, wie wir es im vorhergehenden Präparate gesehen haben.

4. In einem Schnitte vom Narbenkeloid sieht man bei schwacher Vergröfserung deutlich die Unterschiede vom spontanen Keloid. Die Anordnung des neugebildeten Bindegewebes ist im Gegensatz zu dem geordneten Bau des Keloidgewebes eine regellose. Beim Narbenkeloid ist die Epidermis verschmächtigt, verdünnt; die interpapillären Zapfen, die Papillen, sind verstrichen oder an ganz vereinzelten Stellen nur en miniature angedeutet. Das Narbengewebe setzt hier sofort unterhalb der Epidermis ein. Bei starker Vergröfserung sieht man ein wirres Durcheinander von Bindegewebszügen, die aus dicht aneinandergelagerten feinsten Bindegewebsfasern bestehen und zahlreiche Zellkerne, besonders dunkler gefärbte spindelförmige und hellere längliche und ovale Zellkerne aufweisen. Dieselben haben eine unverkennbare Ähnlichkeit mit denjenigen Zellkernen, welche wir beim spontanen Keloid als aus der Umgebung der Talgdrüsen hervorgehend gedacht haben. Hier wie dort bilden sie das treibende Element für die Entwickelung und das Wachsen der Geschwulst. Dafs sich beide von einander sowohl klinisch wie histologisch unterscheiden, ist zweifellos. Schon a priori konnten wir wenigstens in unserem Falle, abgesehen von den klinischen Unterschieden, auch solche in der histologischen Beschaffenheit erwarten, da das spontane Keloid 6 Jahre, das Narbenkeloid etwa $^1/_2$ Jahr nach seinem Entstehen excidiert worden ist. Kaum eine andere Gewebsformation ist der Veränderung durch die Zeit in so hohem Grade unterworfen, wie das Bindegewebe. Neugebildetes Gewebe besitzt einen grofsen Reichtum an Gefäfsen und an jungen embryonalen mit Wachstumsenergie und Poliferationsfähigkeit begabten Zellen. Je älter das Gewebe wird, desto ärmer an Gefäfsen und Zellen erweist es sich, desto mehr aber gewinnt es an innerer Festigkeit und Bestand. Beim spontanen Keloid in seiner ersten Entwickelung finden die jungen Elemente in den vorhandenen älteren Geweben einen Widerstand, der ihnen nur ein langsames Vorwärtsschreiten gestattet. Beim Narbenkeloid fällt dieser Widerstand durch die Continuitätstrennung, durch die Läsion fort, und dies erklärt sein ungleich rascheres Wachsen und Umsichgreifen. Wenn das Gewebe älter und durch Druck, Schrumpfung, Sklerosierung dichter und fester geworden ist, wächst sein Widerstand gegenüber den jüngeren noch nachfolgenden Elementen mehr und mehr, und es kommt schliesslich einerseits durch Hemmung der Proliferation, andererseits durch Aufhören des die Proliferation bedingen-

den chronisch-entzündlichen Reizes zum Stillstand im Wachstum der spontanen wie der Narbenkeloide. Gerade diese letztere Thatsache kann als ein Argument für den Zusammenhang der spontanen Keloide mit akneartigen Störungen herangezogen werden, welche am häufigsten um die Pubertätszeit auftreten und nicht selten erst verschwinden, wenn der Patient die Reifejahre hinter sich hat. In demselben Zeitraum spielt sich in vielen der beschriebenen Fälle auch die Entwickelung, das Wachsen und der Stillstand im Wachstum der spontanen Keloide ab. Als weitere Argumente für diesen ätiologischen Zusammenhang führen wir an, dafs viele Patienten, ebenso wie unser Fall, beim Entstehen der Keloide gleichzeitig an ausgedehnter Akne litten, ferner dafs die Sternalgegend und der Rücken Prädilektionsstellen beider Affektionen sind. Retz, der im Jahre 1790 zuerst, wenn auch etwas unbestimmt, auf die spontanen Keloide hingewiesen, hat den ätiologischen Zusammenhang andeuten wollen, indem er die Affektion mit „Dartre de graisse“ „Fettflechte“ bezeichnete.

Nach den klinischen Beobachtungen und den histologischen Befunden in unserem Falle glauben wir denjenigen Autoren beistimmen zu müssen, welche die spontanen Keloide als eine sekundäre, von chronisch entzündlichen Vorgängen in der Umgebung der Talgdrüsen bedingte Affektion ansehen.

Litteratur.

1. Alibert, Maladies de la peau. Paris 1810.
2. Derselbe, Recherches sur la chéloide. Paris 1817.
3. Allen, Keloid der Brust. Ref. in den *Monatsh. f. pr. Derm.* Bd. 19, S. 215.
4. Anderson, W., Zwei Fälle von Keloidausschlag. *Brit. Journ. of Derm.* Nov. 1894. Ref. in den *Monatsh. f. pr. Derm.* Bd. 20, S. 49.
5. Besnier und Doyon, Übersetzung von Kaposis Lehrbuch.
6. Clarac, A., Keloid bei Negern. Ref. in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 15, S. 468.
7. Crocker, R., Die Histologie des Keloids. *Brit. med. Journ.* 18. Sept. 1886.
8. Crocker und Williams, Erythema elevatum diutinum. *Brit. Journ. of Derm.* Febr. 1894. Ref. in den *Monatsh. f. pr. Derm.* Bd. 18, S. 381.
9. Dénériaz, Etude sur la Chéloide. Thèse de Bern 1887.
10. Deutsch, Falsche Keloide. Verhandl. d. Wien. derm. Ges., Sitzung vom 28. Febr. 1898. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 45, S. 226.
11. Fox, G. H., Ein Fall von Keloid. Ref. in den *Monatsh. f. pr. Derm.* Bd. 12, S. 71.
12. Freund, L., Zur Anatomie und Klinik der Narbengeschwülste. Festschrift für M. Kaposi. 1900. Ref. in den *Monatsh. f. pr. Derm.* Bd. 34, S. 194.
13. Goldmann, Pathogenese und Behandlung des Keloids. *Centralbl. f. Chir.* 1900. No. 29. Ref. *Monatsh. f. pr. Derm.* Bd. 33, S. 439.
14. Hebra und Kaposi, Lehrbuch der Hautkrankheiten.
15. Hebra, Hans v., Über Thiosinamin bei subcutaner Einverleibung. *Monatsh. f. pr. Derm.* Bd. 15, S. 337 und 432.
16. van Hoorn, Über Thiosinamin. *Monatsh. f. pr. Derm.* Bd. 18, S. 606, 619.

17. Jadassohn, Spontanes, multiples Keloid. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur in Breslau, Sitzung vom 16. Febr. 1894. Ref. in den *Monatsh. f. pr. Derm.* Bd. 19, S. 677.
18. Joseph, Max, Über Keloide. Berl. derm. Ges., Sitzung vom 10. Jan. 1899. Ref. in den *Monatsh. f. pr. Derm.* Bd. 28, S. 199.
19. Koch, Über angeborenes primäres Keloid. Derm. Ver. zu Berlin, Sitzung vom 9. Juni 1896. Ref. in den *Monatsh. f. pr. Derm.* Bd. 23, S. 180.
20. Kromayer, E., Elastische Fasern, ihre Regeneration und Widerstandsfähigkeit. Hautnarbe. *Monatsh. f. pr. Derm.* Bd. 19, S. 122.
21. Langhans, *Virch. Arch.* Bd. 40, S. 382.
22. Leloir und Vidal, Symptomatologie und Histologie der Hautkrankheiten.
23. Marie, Behandlung der Keloide. Ref. in den *Monatsh. f. pr. Derm.* Bd. 17, S. 200.
24. Melle, G., Acne keloidea (Bazin). Ref. in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 16, S. 195.
25. Mibelli, Über Akne-Keloid. Ref. in den *Monatsh. f. pr. Derm.* Bd. 18, S. 490.
26. Morris Malcolm, Keloid. London. derm. Ges. Sitzung vom 13. Juli 1900. Ref. *Monatsh. f. pr. Derm.* Bd. 31, S. 573.
27. Plonski, Multiple Keloide auf der Basis syphilitischer Ulcerationen. Berl. derm. Ges. Sitzung vom 5. Dez. 1899. Ref. *Monatsh. f. pr. Derm.* Bd. 30, S. 74.
28. Ravogli, A., Multiples Spontankeloid. *Monatsh. f. pr. Derm.* Bd. 22, S, 264.
29. Reiss, W., Über spontane, multiple Keloide. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 56, S. 323.
30. Retz, Maladiés de la peau. Paris 1790.
31. Schütz, J., Ein Fall von sogenanntem, wahren Keloid, kombiniert mit Narbenkeloid. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 29, Heft 1. Ref. in den *Monatsh. f. pr. Derm.* Bd. 19, S. 552.
32. Soffiantini, Studium des elastischen Gewebes bei fibrösen Neubildungen der Haut. *Giorn. ital. delle mal.* 1893. Bd. 2. Ref. in den *Monatsh. f. pr. Derm.* Bd. 17, S. 525.
33. Tousey, S., Über Thiosinamin. Ref. in den *Monatsh. f. pr. Derm.* B. 27, S. 44.
34. Tschlenoff, Keloidbehandlung. Venerol. derm. Ges. zu Moskau. Sitzung vom 25. October 1901. Ref. *Monatsh. f. pr. Derm.* Bd. 33, S. 593.
35. Unna, Histopathologie der Hautkrankheiten.
36. Derselbe, Thiosinaminseife und Thiosinaminpflastermulle. *Monatsh. f. pr. Derm.* Bd. 29, S. 560.
37. Warren, Sitzungsbericht der kais. Akademie der Wissenschaft. März 1868.

Aus der Praxis.

Zur Behandlung der Blennorrhoe.

Von

Dr. P. Taenzer-Bremen.

Unter meinen Tripperpatienten vom vergangenen Sommer befanden sich auch zwei Ehemänner, die die Sommerreise ihrer Frauen benutzt hatten, um einmal eine Exkursion extra muros zu machen. Wie das nun gewöhnlich bei Ehemännern unter solchen Verhältnissen zu geschehen pflegt, hatten sie sich mit frischer Blennorrhoe infiziert und mufsten nun auch nach ihrer Ansicht vor Rückkehr ihrer Frauen schleunigst von dem Übel befreit werden.

Da mir nur 4 resp. 4½ Wochen zur Verfügung standen, so begaben wir uns denn gleich in medias res, d. h. es wurden tägliche Ausspülungen nach Janet gemacht, anfangs einmal, nach einigen Tagen, als absolut keine Änderung eintrat, zweimal täglich. Schon waren mehr als 14 Tage vergangen, ohne dafs der Harn auch nur die kleinste Änderung aufwies. Im Morgentropfen konnten noch massenhafte Gonokokken nachgewiesen werden. Meine Patienten wurden schon ungeduldig und meiner bemächtigte sich allmählich eine gelinde Verzweiflung.

Zu dieser Zeit las ich über die Erfolge des Ichthargans bei der Blennorrhoe. Die Ichthyol-Gesellschaft stellte mir auf meine Anfrage splendid gröfsere Mengen zur Verfügung und nun wurde statt mit Kaliumpermanganat mit Ichtharganlösung (1 %oo) ausgespült. Bereits nach der dritten Ausspülung war der Harn des einen Patienten klar und vier Tage vor Ablauf der gesetzten Frist war seine Blennorrhoe verschwunden, ohne die geringsten Residuen zu hinterlassen. Ich habe auch später noch zweimal Veranlassung gehabt, den Kranken zu untersuchen und war alles in schönster Ordnung.

Bei dem anderen Patienten wurde der Harn wohl eine Spur heller, allein es war doch so wenig, dafs ich trotz fortgesetzter täglicher Spülungen mit dem Erfolge durchaus nicht zufrieden war. Ich liefs daher alle äufseren Manipulationen bei Seite und gab, veranlafst durch Aufrechts Aufsatz, dem Patienten Ichtharganlösung $\left(\frac{0{,}05}{200{,}0}\right)$ innerlich, alle drei Stunden einen Efslöffel. Der Erfolg war ein so plötzlicher und frappanter, dafs ich beschlofs, die Sache weiter zu versuchen. Ich liefs daher bei den neu hinzukommenden Tripperkranken alle externe Medikation bei Seite und gab nur obige Lösung intern durch ca. acht Tage hindurch. Seitdem ich diese Behandlung bei der frischen Blennorrhoe durchgeführt (selbst-

verständlich bei gründlicher Innehaltung aller Diät- und sonstigen allgemeinen Tripperregeln), bin ich mit den Erfolgen äufserst zufrieden. Nach acht, höchstens zehn Tagen ist auch der Harn bei ganz bösartigen Trippern klar und nun erst beginne ich, je nachdem, mit Einspritzungen oder Ausspülungen und zwar fast ausschliefslich mit Ichthargan in 1 ‰iger Lösung, bis sämtliche Fäden verschwunden sind. Ich bemerke noch, dafs bei keinem Patienten durch die interne Medikation des Ichthargans irgend welche schädliche Nebenwirkungen auf Magen oder Darm beobachtet wurden, dafs im Gegenteil die Kranken das Mittel gerne nahmen, angesichts der Thatsache, dafs es so gut wirkte und auch gut vertragen wurde.

Bei der chronischen Blennorrhoe benutze ich zu den Ausspülungen elastische Katheter von Vergne & Bouisseren in Paris, die sehr biegsam, elegant und sicher einzuführen und aufserordentlich widerstandsfähig sind. Sie werden in Glycerin getaucht und bis in die Blase eingeführt; dann wird der kleine Rest Urin, den man in der Blase läfst, um die Luft aus dem Katheter zu treiben, abgelassen, die Blase mit der Ichtharganlösung gefüllt und mit dem Rest der Lösung die Harnröhre tüchtig ausgespült. Nach der Ausspülung wird der Katheter unter der Wasserleitung ordentlich innen und aufsen abgewaschen und 24 Stunden in einer 1 ‰igen Sublimatlösung liegen gelassen. Alsdann wird er mit sterilisiertem Tuche abgetrocknet und in meinem Katheterkasten aufbewahrt. Das ist eine sehr einfache, sichere und für die Katheter sehr schonende Desinfektion. Ich habe noch nie eine Infektion durch meine Katheter beobachtet und habe doch dazu nicht den ungeheuren Apparat nötig, ohne den heutzutage die meisten Urologen nicht auszukommen glauben.

Gewöhnlich fange ich bei der chronischen Blennorrhoe mit Katheter No. 18 an; das genügt meist. Doch ist es mir schon einige Male passiert, dafs ich infolge von Strikturbildung bis auf No. 13 und 14 zurückgreifen mufste. Bei der zweiten Ausspülung nehme ich die nächsthöhere Nummer u. s. w., bis ich bei No. 23 oder 24 angelangt bin. Selten gehe ich höher, nur bei sehr weiten Harnröhren genügt dies nicht und mufs man in diesen Fällen um weitere Nummern steigen. Auf diese Weise verbinde ich die Dehnung mit der Spülung und sind meine Erfolge sehr befriedigend; bei weitem bessere als durch die Dehnung oder Spülung allein; abgesehen von der Zeitersparnis, ist die Sache auch schonender für die Geldbörse des Kranken.

Es würde mich freuen, wenn ich durch obige Zeilen dem einen oder dem anderen Herrn Kollegen Anregung gegeben hätte, meine Versuche nachzuprüfen. Jedenfalls verlohnt sich die Sache bei einer so häufigen Krankheit, die in vielen Fällen dem Kranken wie dem Arzte unendlich viel Verdrufs bereiten kann.

Feuilleton.

Moskauer Brief.

Der Beginn dieses Jahres brachte uns den VII. PIROGOWschen Kongreſs. Diese, alle zwei Jahre abwechselnd in den verschiedenen Universitätsstädten, darunter aber am häufigsten in den beiden Residenzen, zum Andenken an den berühmten Chirurgen und Arzt PIROGOW stattfindenden Kongresse sind allgemein medizinische Vereinigungen. Sie erfreuen sich eines groſsen Beifalls speziell seitens der Landschaftsärzte, welche zu denselben aus allen Teilen unseres weiten Reiches zusammenströmen, um neues zu hören und zu sehen und um Wiedersehen mit den früheren Kommilitonen zu feiern. So hat sich auch der diesjährige Kongreſs, welcher vom 3. (16.) bis 10. (23.) Januar in Moskau tagte, eines groſsen Zustromes von Kollegen erfreut. Am ersten Tage erreichte die Anzahl der Teilnehmer bereits die Ziffer 2000 und mag später noch höher gestiegen sein. Der Kongreſs zerfiel in 20 Sektionen, welche den verschiedenen Spezialitäten, aber auch einigen speziellen praktischen Fragen, wie z. B. der Fabriksmedizin etc., gewidmet waren. Da es die Leser dieser *Monatshefte* interessieren dürfte, etwas näheres über die Thätigkeit der Sektion für Dermatologie und venerische Krankheiten zu hören, so möchte ich in kurzen Zügen über dieselbe berichten. In dieser Abteilung, welche unter der Leitung von Prof. POSPELOW stand, kam es abgesehen von einer Fülle einzelner Vorträge zur Besprechung mehrerer wichtiger allgemeiner Fragen. Das meiste Interesse rief entschieden die Frage der Lichttherapie hervor, welche in erschöpfender Weise von Herrn BURGSDORF, Assistent von Prof. GAY in Kasan, behandelt wurde. Nach einer genauen Schilderung der Lichtbehandlung bei Prof. FINSEN selbst und der in Kopenhagen erzielten Resultate, gab Herr BURGSDORF ein Bild von der dermatologischen Klinik zu Kasan und den dortigen Erfahrungen mit der Lichttherapie. Zum Beweise reichte Herr BURGSDORF eine unzählige Menge von Photographien herum, die von den Kranken vor und nach der Behandlung aufgenommen worden waren. Die BURGSDORFschen Resultate geben eine glänzende Bestätigung der von verschiedenen Seiten auf dem letzten deutschen Dermatologenkongreſs zu Breslau gezeigten Erfolge der Lichttherapie bei Lupus vulgaris. Befriedigende Wirkung hat Herr BURGSDORF ferner bei einzelnen Fällen von Ulcus rodens gesehen, wogegen bei Lupus erythematodes der Erfolg unsicher war.

Herr GLEBOWSKY aus Petersburg machte Mitteilung über seine mikroskopischen Untersuchungen an Kranken, die in der Klinik von Professor

Weljaminow der Lichttherapie unterworfen werden. Auch er bestätigte die gute Wirkung dieser Behandlung vor allem bei Lupus vulgaris, dann aber auch bei Teleangiektasien. Herr Kurdumow von hier hat auch bei Ekzem guten Erfolg mittels dieser Behandlung gehabt. Endlich stellte noch Herr Prof. Petersen einen Fall von Lupus vulgaris vor, der sich unter der Lichtbehandlung vorzüglich gebessert hat. Nach diesen Auseinandersetzungen proponierte Herr Burgsdorf Herrn Prof. Finsen ein Telegramm zu senden als Zeichen der Sympathie der Gesellschaft, was begeisterten Anklang fand. — Da die Kostspieligkeit der Finsenschen Apparate die Anwendung derselben leider nur sehr wenigen erlaubt, war es von Wert, über Versuche mit dem billigeren Apparat von Lortet und Genoud zu hören, welche Herr Speranski, Assistent von Prof. Pospelow, angestellt hat. Nach seinem Urteil stehen die bisherigen Versuche denen mit dem Finsenschen Apparat nicht nach, wenn sich auch noch kein abschliefsendes Urteil abgeben läfst, da die Zeit der Versuche eine zu kurze ist. Um das Resultat der Behandlung sichtbar zu machen, werden in der Pospelowschen Klinik nicht Photographien, sondern Moulagen von den Kranken vor und nach der Behandlung aufgenommen.

Eine zweite Frage, welche lebhaftes Interesse hervorrief, betraf die vererbte Syphilis, welches Thema Herr Prof. Tarnowsky zum Vortrag gewählt hatte. Herr Tarnowsky berichtete über 30 Familien seiner Privatklientel, wo es ihm vergönnt war, die Wirkungen der Syphilis in mehreren Generationen genau zu verfolgen. Nach seinen Erfahrungen geht die Syphilis auf die dritte Generation nicht über und hält er daher die in der Litteratur beschriebenen Fälle von Syphilis bei den Enkeln nicht für einwandsfrei. Dagegen hat Prof. Tarnowsky die Beobachtung gemacht, dafs wenn ein von syphilitischen Eltern abstammendes Individuum seinerseits Lues acquiriert, was T. als Syphilis binaria bezeichnet, so sind die Folgen dieser Syphilis für die Nachkommen entsetzliche. Die Syphilis binaria ist es, welche die Geschlechter ausrottet, wie T. das in Zahlen genau angab. Die Syphilis binaria ist aber noch in anderer Hinsicht von wissenschaftlichor Bedeutung, denn sie zeigt uns, dafs die Syphilis nicht, wie man annahm, sich immer weiter abschwächt und durchaus nicht eine dauernde Immunität hervorruft. Wohl besteht eine solche, aber nur eine zeitlang; nach T. ungefähr bis zur. Pubertät. Die Syphilis binaria kann leicht, kann aber auch sehr schwer auftreten. Die Wirkung auf die Nachkommenschaft geht aber nicht parallel dem leichten oder schweren Grade der Syphilis. Im Gegenteil, nicht selten hat eine leichte Syphilis für die Nachkommenschaft schwere Folgen und umgekehrt. Noch ein anderer Vortrag über Syphilis verdient der Erwähnung, nämlich derjenige von Herrn Konsultant Schirajeff aus Moskau über die Organisation der ärztlichen Hilfe bei Syphilis und den venerischen Krankheiten unter der

Arbeiterbevölkerung Moskaus etc. Herr SCHIRAJEFF ging von der Voraussetzung aus, dafs es schwer ist, alle Syphilitiker der einfachen Bevölkerungsklasse in Hospitälern unterzubringen — augenblicklich in Moskau total unmöglich — und dafs es andererseits auch inhuman wäre, gerade die arme Bevölkerung auf diese Weise für längere Zeit dem Verdienst zu entziehen. Er hält eine ambulante Behandlung der Syphilis im allgemeinen für ausreichend, proponiert aber zwecks Isolierung für die Zeit der gröfsten Ansteckung und auch zwecks Bekanntmachung der Kranken mit der Art der Behandlung, Gründung von Ambulatorien speziell für venerische Krankheiten mit einigen Betten, wo die Kranken für ganz kurze Zeit Aufnahme finden können. Ein Krankenhaus für Syphilitische soll nur mit beschränkter Bettenzahl für die schwersten Fälle existieren. Gegen diesen Vorschlag wurde vor allem geltend gemacht, dafs das einfache Publikum die vorhandenen Ambulatorien trotz der Gratisbehandlung sehr unakkurat aufsucht und schwerlich den neuen Typus der Ambulatorien, welche ein Mittelding zwischen gewöhnlichen Ambulatorien und Krankenhäusern bilden sollen und sehr kostspielig wären, regelmäfsiger besuchen würde. Gröfstenteils sprach man sich daher für eine wünschenswerte Vermehrung der Krankenhäuser für venerische Kranke und speziell für Syphilitiker aus, um möglichst vielen Kranken dieser Art aus der einfachen Bevölkerung eine Hospitalbehandlung angedeihen lassen zu können.

Von den vielen sonstigen Vorträgen und Demonstrationen in der dermatologischen Sektion seien erwähnt diejenigen von den Herren Prof. POSPELOW, SMIRJAGIN und TICHONOW über die Bedeutung der Radiographie bei Lues, von Herrn Prof. NIKOLSKI über Pemphigus und über den Dermographismus, von Herrn GOLJACHOWSKI über Tuberculosis verrucosa cutis, von Herrn Prof. SELENEFF über Lepra an der Hand vorzüglicher Moulagen, von Herrn KÜSEL über Ekzem, von Herrn Prof. PETERSEN über die Bedeutung der russischen Badestube im Kampf gegen die Hautkrankheiten u. s. w.

ARTH. JORDAN.

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 4. März 1902.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

Lesser gedenkt mit ehrenden Worten des am 18. Februar gestorbenen Mitgliedes, des Geh. Medizinalrats Prof. Dr. Julius Wolff.

1. Plonski stellt eine an Hand- und Fingerrücken, Gesicht und Unterschenkeln lokalisierte längsstrichförmige Eruption bei einem 14jährigen Knaben unter der Diagnose **Erythema striatum** vor, wobei er auf ähnliche Fälle aus Lassars Klinik hinweist (cf. W. Peter, *Dermat. Zeitschr.* I. S. 265). Die Affektion bildet breite, rote Streifen und stellenweise Blasen, besteht unter ständigem Rezidivieren seit September vorigen Jahres. Nach der Versicherung des Vortragenden handelt es sich nicht um Kunstprodukte.

Diskussion: Heller empfiehlt für die Beurteilung grofse Vorsicht und teilt einen von anderer Seite als Erythema striatum aufgefafsten Fall mit, in dem ihm der Beweis der artefiziellen Erzeugung der Efflorescenzen gelang (Entstehung an vorausgesagten Stellen und mangelnde resp. geringere Ausbildung an Stellen, welche Patient mit den Händen nicht erreichen konnte), und die Heilung durch energische elterliche Züchtigung eintrat.

Blaschko rechnet die Affektion in das Gebiet der Neurotic excoriations. Er will nicht behaupten, dafs ein Artefakt vorliege, fragt aber nach den Gründen, das Leiden als Erythema exsudativum zu bezeichnen.

Saalfeld rät die mikroskopische und chemische Untersuchung der Auflagerungen nach event. reizenden Ingredienzien an.

Plonski hat keinen Anhalt gefunden für die artifizielle Entstehung. Da Rötung und Exsudation vorhanden ist, nennt er die Krankheit Erythema exsudativum.

2. Buschke zeigt a) einen Fall von halbhandgrofsem **Naevus sebaceus am behaarten Kopf** eines erwachsenen Mannes. Histologisch bemerkenswert sind neben den Talgdrüsenmengen eine starke, rundzellige Infiltration und Schweifsdrüsencysten;

b) einen Mann mit ausgedehntem **Lupus vulgaris an der linken Gesäfshälfte.** Die Abgrenzung ist auffallend scharf; er geht bis wenige Millimeter an die Analöffnung heran. Bestand seit sieben Jahren; mikroskopische Bestätigung der Diagnose.

Diskussion: Plonski fragt nach der Beschäftigung des Patienten mit Lupus des Gesäfses. Bei Kindern, die auf der Erde rutschen, sei es möglich, dafs sie sich Tuberkelbacillen (aus Sputum) auf diesem Wege in die Haut impfen. Vielleicht läge hier eine analoge Ätiologie vor.

Buschke weifs bei dem vorgestellten Kranken, der Kaufmann ist, nichts von einer derartigen Möglichkeit.

3. Pinkus demonstriert eine 75jährige Frau mit **Lichen ruber verrucosus, strichförmig an der Hinterseite des Oberschenkels** hinaufkriechend; das Ausbreitungsgebiet entspricht ungefähr dem zweiten Sakralsegment. Vom Verlauf der Voigtschen Linien besteht starke Abweichung (Verlauf der Affektion an der Aufsenseite von Knie und Unterschenkel). Völlige Übereinstimmung mit der Lokalisation dieses Falles bietet ein Fall von **Neurodermitis linearis** des Dr. Fischel, von dem Photographien zur Hand sind.

4. Rudolf Isaac demonstriert eine Frau aus der Nähe Berlins mit **hochgradigen tertiärsyphilitischen Zerstörungen der Kopfhaut** (Anamnese ergebnislos), die seit August vorigen Jahres bestehen, trotz deren Schmerzhaftigkeit, Ausdehnung und sonstigen unangenehmen Begleiterscheinungen Patientin erst gestern zum ersten Mal ärztliche Hilfe aufsuchte.

Diskussion: Lesser erwähnt einen noch ausgedehnteren Fall seiner Beobachtung, wo erschwerend für die Indolenz der Kranken noch in Betracht kommt, daſs sie im Beginn ihrer Syphilis in der Charité die heilsame Wirkung des Quecksilbers an sich selbst erfahren hatte.

5. Lesser berichtet über einen Fall von **schwerer Hg-Intoxikation** nach Injektion von $2^1/_2$ **dg salicylsaurem Quecksilber** (in drei Injektionen). Nach der letzten Injektion Durchfall. Drei Wochen nachher Hg-Erythem mit starker Schälung, Fieber bis 40,4°, leichter Albuminurie, reichlichem Hg-Gehalt des Urins. Patientin erholte sich bis Ende Februar leidlich, als sich eine **Nekrose der ganzen hinteren Vaginalwand** einstellte, deren Abstoſsung eine Kommunikation mit dem Rektum hinterlieſs. Dabei wieder hohes Fieber, Puls 140—150, sehr schlechte Prognose. Wegen des langen Intervalls zwischen Beendigung der Einspritzungen und schweren Hg-Erscheinungen wurde der Versuch für aussichtslos gehalten, das Hg operativ zu entfernen. Es handelt sich zweifellos um eine hochgradige Idiosynkrasie gegen Quecksilber. Wegen eines solchen Falles die Behandlung mit unlöslichen Injektionen aufzugeben, hält Lesser nicht für angebracht, da diese Behandlungsmethode für gewisse Lagen unersetzlich sei, so wenig wie man die Chloroformnarkose aufgeben kann, trotz der durch sie verursachten Todesfälle.

Diskussion: Lassar rät nach derartigen Erfahrungen ab von unlöslichen Hg-Einspritzungen und bittet um Angabe der Indikationen dieser Therapie sowie der Möglichkeiten, so schwere Zwischenfälle zu vermeiden.

Rosenthal hat mit unlöslichen Salzen (Hg salicylicum) keine ungünstigeren Erfahrungen gemacht als mit anderen Methoden. Es kommen ja auch nach Einreibungskuren schwerste Intoxikationen vor. Für eine gewisse Kategorie von Kranken giebt es kein anderes Mittel von Wirksamkeit als die unlöslichen Injektionen. Vielleicht waren die Nieren im berichteten Falle nicht intakt.

Lippmann wendet die unlöslichen Verbindungen nur an, wenn die anderen Methoden im Stiche lassen. Er hat aber auch bei hochprozentigen Sublimatinjektionen (3—4 cg pro dosi) schwere Erscheinungen gesehen.

Japha berichtet über einen Todesfall nach 2 dg Hg salicylicum (in zwei Injektionen) bei einem Manne mit Lähmung der unteren Extremitäten, des Darms und der Blase (Myelitis syphilitica). Der Tod erfolgte zwei Tage nach der zweiten Injektion. Man fand Durchbruch dysenterischer Darmgeschwüre bei der Sektion. In ähnlichen Fällen von Darmlähmung sollte man überhaupt kein Hg anwenden.

Blaschko erwähnt einen Todesfall nach einmaliger Einreibung mit Unguentum cinereum (gegen Phthirii). Nicht das unlösliche Präparat trägt hier die Schuld, sondern nur das Hg: die Idiosynkrasie. Diese Idiosynkrasie kann im Laufe der Behandlung erst sich zeigen. Bl. sah Hg-Erytheme schwerer Art nach 20 und 25 gut vertragenen Inunktionen. Er erinnert an eine Diskussion über dasselbe Thema in der französischen Société de Dermatologie aus der Zeit, wo dort noch gar keine unlöslichen Injektionen gemacht wurden, sondern vornehmlich Pillenbehandlung statt hatte. Es wurde dort festgestellt, daſs es eine Erklärung dieser Fälle nicht gäbe, daſs bei dieser plötzlichen Giftwirkung eines bis dahin heilsam wirkenden Mittels von Ausprobieren keine Rede sein könne. $HgCl_2$ in starker Dosis wirkt durch Fällung (Quecksilberalbuminate) im Gewebe genau so wie die unlöslichen Salze. Er werde die

Therapie mit ungelösten Hg-Salzen erst verlassen, wenn nachgewiesen sei, dafs andere Hg-Verbindungen keine solchen schweren Erscheinungen machen.

Fischel verwirft die unlöslichen Verbindungen wegen der gröfseren Intoxikationsgefahr.

Saalfeld hält einen Irrtum in der Zusammensetzung der Salicyl-Hg-Emulsion nicht für ausgeschlossen und berichtet eine derart falsche Bereitung (angeblich $HgCl_2$ 1 : 10 statt 1 : 100), welche ihm mit dem Erfolg starker Intoxikation begegnet sei. Möglicherweise handele es sich in diesem Falle auch um eine Komplikation mit Sepsis.

Heller fragt an, ob derartig schwere Erscheinungen schon jemals nach $HgCl_2$-Injektionen beobachtet worden seien, was Blaschko, da er keine genügenden Erfahrungen mit dieser Methode habe, nicht beantworten zu können vorgiebt.

Lesser schliefst eine andersartige Komplikation, namentlich Sepsis, wegen der nichts davon andeutenden Temperaturkurve aus. Ob eine Verwechselung bei der Zubereitung der Lösung vorgekommen sei, ob eine Nephritis bereits vorher bestanden habe, vermag er nicht mehr zu eruieren. Auch er wendet die ungelösten Präparate nicht unterschiedslos in jedem Falle an, läfst sich namentlich nicht von dem Gesichtspunkt der Bequemlichkeit für den Patienten leiten, sondern richtet sich nur nach strenger Indikation, deren Stellung in den Lehrbüchern präzisiert sei. Er hielte es im Interesse der Patienten für bedauerlich, wenn man mit Rücksicht auf die schweren Intoxikationen von dieser Behandlung in geeigneten Fällen Abstand nehmen sollte, die in diesen nicht eine andere, sondern geradezu eine unersetzliche Form der Behandlung darstellt. Der letzte Grund für das Zustandekommen solcher Erscheinungen ist nicht die grofse Hg-Menge, sondern die Idiosynkrasie des betreffenden Individuums.

Fachzeitschriften.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band XIII. Heft 1 u. 2.

Das Anhaken, Andrücken, Heben und Senken des Incisors während der Bottinischen Operation, von Schlagintweit. Verfasser wählt aus seiner Monographie „Prostatahypertrophie und Bottinische Operation", die demnächst erscheinen soll, ein Kapitel zur vorläufigen Veröffentlichung aus. Er beklagt, dafs von vielen Seiten die Kompression der Drüse durch Anhaken etc. empfohlen wird, obgleich nach seinen Erfahrungen gerade durch derartige Manöver die Schnittführung erheblich leidet; um diese seine Ansicht zu stützen, schildert er den Einfluss des Anhakens etc., wie er ihn an 22 lebenden Prostatikern durch das Experiment und an Präparaten der Hamburger (Sick und Kümmell) und Pariser (Guyon) Sammlung studiert hat in Bezug auf die Länge, Tiefe, Richtung des Schnittes, auf das Zustandekommen des Schnittes überhaupt, auf die Schnelligkeit desselben, endlich die indirekten Einflüsse des Anhakens. Er beweist, dafs die Länge des Schnittes beim Anhaken oft zu grofs wird, dafs der Schnitt überhaupt infolge von Nachvornrutschen des Instruments in die Urethra fällt; die Richtung fällt oft nicht über den Mittellappen, sondern seitlich, da der gequetschte Mittellappen ausweicht; die Tiefe fällt oft nicht genügend aus, da der

Mittellappen heruntergedrückt wird; ferner muſs, wenn überhaupt ein Schnitt zu tande kommen soll, der nicht arbeitende weibliche Teil auſser durch die Hand oder in Stativ fixiert werden, sonst weicht er beim Anziehen des Messers sicher im entgegengesetzten Sinne ab; dies wird man durch Anhaken an der Drüse erreichen. Ebenso fällt infolge des unberechenbaren Gegendrucks der angehakten Drüse der Schnitt zu schnell aus. Indirekte Einflüsse des Anhakens sind endlich, daſs es den Patienten lästig ist, sie unruhig macht; ferner wird der Sphincter internus beim kleinen Mittellappen leicht mit durchschnitten, um so durch den Zug seiner durchtrennten Fasern die Rinne offen zu halten; die Abschlieſsung des Messers von dem Blaseninhalt, die durch Anhaken erzielt werden sollte, ist unnötig; Blasenfalten und Ureterenwulst werden ohne Anhaken sicher vermieden. Aus allen diesen Gründen glaubt Verfasser dringend vom Anhaken etc. abraten zu müssen.

Über einseitige renale Hämaturie, bedingt durch Telangiektasien des Nierenbeckens, von Suter.

Über angeborene Cysten in der Raphe der äuſseren Geschlechtsorgane, von Englisch. Verfasser beschreibt unter Mitteilung der Kasuistik und einer Reihe von eigenen Beobachtungen die in der Raphe der äuſseren Geschlechtsorgane von der Vorhaut bis zum After vorkommenden Gebilde, es sind teils feste Geschwülste, teils Cysten; letztere liegen stets in der Mitte, sitzen im Unterhautzellgewebe und hängen durch Stränge mit der fibrösen Umhüllung der Harnröhre zusammen; sie sind leicht auszuschälbar. Sie kommen vor an der Vorhaut, am Vorhautbändchen, an der Raphe des Gliedes, des Hodensacks und des Mittelfleisches; es sind Dermoidcysten, Schleimcysten oder Atherome. Verwechselt werden können sie mit Retentionscysten der Cowperschen Drüsen, mit Lipomen oder Angiomen. Endlich können sie der Ausgangspunkt von entzündlichen Vorgängen in und um die Cysten werden; diese zeigen dann genau das Verhalten, wie die Cysten selbst, und lassen sich so von anderen entzündlichen Vorgängen unterscheiden, wie Harnabscessen, tuberkulösen Periurethritiden etc.

Falsche Passage bei Prostatahypertrophie. — Tötlicher Ausgang durch Beckenabscefs und Embolie der Pulmonalarterie, von Herzog. Genau wie Beckenabscesse bei Frauen häufig nach Cervical- und Vaginalverletzungen vorkommen, kann sich ein derartiges Vorkommnis auch bei Männern entwickeln nach Verletzung des Colliculus seminalis. Verfasser sah einen 64jährigen Prostatiker, der von einem Arzte vergeblich katheterisiert war; trotzdem der Katheterismus gelang, erlag der Patient der stattgehabten Infektion. *F. Hahn-Bremen.*

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 59. Heft 2. 1902.

I. **Über Versuche, Syphilis auf Schweine zu übertragen,** von A. Neisser-Breslau. Die Versuchsreihe umfaſst 18 Schweine. Hinsichtlich der Art der Versuchsanordnung kann man vier Gruppen unterscheiden:

1. Injektionen von Blut, welches unbehandelten Syphiliskranken im frischen sekundären Stadium entnommen worden war.
2. Subkutane Impfungen mit Gewebe von Syphilispatienten.
3. Verreibung von Primäraffekt-Sekret in die Haut.
4. Vorbehandelnde Injektionen mit Serum von Gesunden und unbehandelten Syphilitikern und nachträgliche Impfungen.

Nur bei einem einzigen Tier (Schwein 13) wurde ein positives Resultat erzielt. Für die syphilitische Natur dieses sehr bemerkenswerten Befundes sprechen folgende Punkte:

1. Das vorhandene Exanthem erinnert in der That an ein papulöses bezw. an ein circinär-papulöses und impetiginös werdendes Syphilid, sowohl in seiner Entwickelung mit isolierten Papeln, wie im Fortschreiten der Einzel-Efflorescenzen zu annulären Formen.

2. Der Befund stimmt einigermafsen mit dem von Hügel-Holzhauser bei ihren Versuchen konstatierten überein.

3. Nach den Aussagen von Tierärzten ist die Ausschlagsform eine bei Schweinen sonst nicht bekannte.

4. Eine andere Ursache für die Entstehung des Exanthems konnte nicht nachgewiesen werden.

Gegen die syphilitische Natur des Leidens spricht:

1. Dafs das in ganz ähnlicher Weise behandelte Tier (10), das ein Bruder des erkrankten Tieres (13) ist, frei von irgend welchen verdächtigen Erscheinungen blieb.

2. Die Thatsache, dafs Überimpfungen vom erkrankten Tier 13 auf andere Schweine resultatlos blieben.

3. Der histologische Befund ist, wie Scholz und der Verfasser übereinstimmend glauben, nicht als typisch syphilitisch anzusehen.

Demnach mufs die Frage, ob sich die Syphilis auf Schweine übertragen läfst, noch offen bleiben.

Verfasser teilt vorderhand nicht den Glauben Hügels und Holzhausers, „dafs es bereits bewiesen sei, dafs das Gift auf Warmblüter übertragbar ist".

II. **Über „Adiposis dolorosa" (Dercum) und das „Oedème blanc et bleu" (Charcot)**, von P. Strübing-Greifswald. Verfasser wirft einen Rückblick auf die einschlägige Litteratur. Im Jahre 1892 hat Dercum, nach ihm W. H. White die „Adipositas dolorosa" beschrieben, welche hauptsächlich Frauen im Alter von 40—60 Jahren betrifft und charakterisiert ist durch starke Fettablagerung in der Haut und im subkutanen Gewebe und eine excessive Schmerzhaftigkeit der befallenen Stellen. Ob mit dieser eigentümlichen Hautaffektion andere Organerkrankungen, namentlich der Schilddrüse, oder schwere Funktionsstörungen des Nervensystems in Verbindung stehen, wie Dercum und White es glauben, bleibt noch fraglich.

Verfasser hat schon seit dem Jahre 1881 dieser Affektion seine Aufmerksamkeit zugewandt und Gelegenheit gehabt, mehrere Fälle zu beobachten. Bei den meisten Patienten bestand eine allgemeine starke Adipositas. Die schmerzhaften Infiltrationen waren bald mehr cirkumskript, bald mehr oder weniger diffus. Am häufigsten fanden sie sich an den unteren Extremitäten und zwar immer zuerst an den Unterschenkeln. Soweit die Füfse dem festeren Drucke des Stiefels oder die Hautpartien dem Druck des Strumpfbandes ausgesetzt waren, blieb die Haut frei. Fast ausschliefslich waren es Frauen zur Zeit des Climacteriums, welche mit der Affektion behaftet waren. Nur eine Patientin war zwölf Jahre alt, und in drei anderen Fällen handelte es sich um männliche Individuen. Die Schmerzen traten auf, wenn die Infiltration gedrückt oder bei Bewegungen gezerrt, gedehnt wurden. Zuweilen empfanden die Patienten auch spontan ein unangenehmes Brennen in der Haut oder ein Gefühl, wie wenn sie mit Nadeln gestochen würden.

In der Intensität der Infiltration und der Schmerzen waren Exacerbationen und Remissionen bisweilen nicht zu verkennen.

Vereinzelt zeigte sich die infiltrierte Haut gerötet oder an den Unterschenkeln bläulich verfärbt.

Einige Kranke, namentlich der besseren Stände, zeigten hysterische Erscheinungen, während diese bei anderen vollständig fehlten.

Die Blutuntersuchung ergab ein negatives Resultat, wenngleich bei der Mehrzahl der Patienten ein gewisser Grad von Anämie bestand.

Verfasser teilt im folgenden die Krankengeschichte einiger typischer Fälle mit und vergleicht dieselben mit analogen Fällen aus der Litteratur. Mehr als in Deutschland hat man sich in Frankreich mit der Affektion beschäftigt. Doch zeigt sich hinsichtlich der Beurteilung der Genese eine gewisse Einseitigkeit der französischen Autoren, welche durchgängig das Leiden als ein neuropathisches ansehen.

Charcot beispielsweise fand bei seinem Beobachtungsmaterial die Infiltration der Haut hauptsächlich bei Individuen mit funktionellen Störungen des Nervensystems und belegte sie mit dem Namen „Oedème hystérique" oder Oedème blanc et bleu". Verfasser glaubt, dafs diese Bezeichnung wissenschaftlich anfechtbar sei, weil der festgelegte Begriff des Ödems auf die hier vorliegenden pathologischen Vorgänge in der Haut nicht anwendbar sei.

Die Dercumsche Bezeichnung „Adiposis dolorosa" bringt die beiden charakteristischen Symptome des Leidens am besten zum Ausdruck und verdient deshalb vor der Charcotschen den Vorzug.

Die Behandlung ist eine langwierige und stellt Anforderungen an die Geduld der Patienten wie der Ärzte. Kräftige Massage, die wegen der Schmerzen anfangs mit Vorsicht ausgeführt werden mufs, sowie warme Bäder und Kompression mittelst Wattebandagen (Loubier) werden bei hinreichend lange fortgesetzter Behandlung bedeutende Besserung bringen.

III. **Fall von Naevus vasculosus mollusciformis**, von O. Seifert-Würzburg. Der 52jährige Patient ist mit einem ausgedehnten Feuermal im Gesicht zur Welt gekommen. Ursprünglich war die Stelle glatt und flach, im späteren Leben nahm die Haut an Dicke zu und in den letzten Jahren bedeckte sie sich mit auffallenden Knoten. Der Status praesens ist folgender: Die Haut der Stirn, der Schläfengegend, der Ohrmuscheln, des behaarten Kopfes, des Kinns, des Halses bis etwa zur Mitte ist eingenommen von einem flachen Naevus vasculosus von dunkelblauroter Farbe; die Haut über den Augenbrauen, die Haut der Augenlider, Wangen, Nase, Oberlippe zeigt dieselbe Färbung, ist aber aufserordentlich stark verdickt und mit zahlreichen, verschiedengrofsen, sich teigig anfühlenden Tumoren bedeckt, aus denen sich eine sebumartige Masse nicht ausdrücken läfst. Das Zahnfleisch des Oberkiefers ist wulstartig verdickt, so dafs die Zähne dadurch weit auseinandergerückt sind. Dieselbe wulstartige Beschaffenheit zeigt die Schleimhaut des harten Gaumens.

Eine histologische Untersuchung der Gesichtstumoren ist nicht vorgenommen worden. Verfasser möchte dieselben jedoch ihrem ganzen Verhalten nach als Molluscum fibrosum ansprechen und den Fall als Naevus vasculosus mollusciformis bezeichnen.

IV. **Weitere Bemerkungen zur Frage der Blennorrhoeheilung**, von L. Leven-Elberfeld. Verfasser citiert aus der neuesten Litteratur die Ansichten namhafter Autoren als Stütze seines Postulates, keine Blennorrhoe bei Anwesenheit von Eiter längere Zeit nach Sistierung der Behandlung als geheilt zu erklären, vielmehr die Leukocyten im Sekret oder in den Filamenten als ein Zeichen dafür anzusehen, dafs noch Gonokokken irgendwo in der Tiefe der Gewebe verborgen sind und den Reiz zur Leukocytenbildung abgeben.

In sehr eingehender Weise verteidigt Verfasser seinen Standpunkt.

V. **Über einen seltenen Fall von Naevus spilus oder pigmentosus**, von Joh. Fabry-Dortmund. Verfasser unterzieht zunächst die einschlägige Litteratur, soweit sie reine Pigmentnaevi betrifft, einer kritischen Durchsicht und beschreibt dann einen Fall bei einem 29jährigen Bäcker, der seit der frühesten Jugend am

ganzen Körper, vorwiegend am Stamme, zahllose und gröfsere und kleinere, vollständig glatte, nirgends über das Niveau der Haut erhabene, hellbraune bis schwarze Flecke zeigt. Ebenso lange leidet Patient an chronischem, skrophulösem Ekzem. Die Haut ist auch an den nicht von Naevis befallenen Stellen stark pigmentiert.

Verfasser bespricht sodann die Differentialdiagnose und teilt das Resultat der mikroskopischen Untersuchung mit, welches die Diagnose Naevus pigmentosus bestätigte. Pathologisch-anatomisch ist zwischen Epheliden und Naevi lenticulares einerseits und Naevis spilis andererseits kein grofser Unterschied.

Es handelt sich bei diesen Gebilden nur um Gradunterschiede ein und derselben Veränderung, wie Demiéville nachwies.

Die Oberhaut ist im wesentlichen normal. Die Hauptmasse des Pigments liegt in der obersten Schicht der Cutis; demnächst findet es sich am meisten in der Basalschicht, wo es auch normalerweise vorhanden ist. Die Pigmentbildung zeigt sich vorwiegend in der Nähe der feinsten Verzweigungen der Arterien. Man findet hier die Hauptmasse der Pigmentzellen, weniger zahlreich in den feinsten Gefäfsen und in deren Wandungen. Verfasser gewann den Eindruck, dafs die Pigmenthypertrophie auch in den kleinsten Gefäfsen ihren Ausgang nimmt, und dafs somit der reine Pigmentnaevus zum Gefäfsapparat und zwar zu den arteriellen Gefäfsendigungen in Beziehung gebracht werden könne. Alle Anzeichen sprechen für die Entstehung des Pigments aus dem Blute und für einen hämatogenen Ursprung der Pigmentnaevi.

VI. **Über die smegmogenen Konkretionen des Präputialsackes, „Smegmolithen", und über die Analogie zwischen diesen und anderen Epidermiskonkretionen des Menschen und einiger Säugetiere,** von D. Majocchi-Bologna. Bei der Besprechung der Pathogenese der „Smegmolithen" glaubt Verfasser, dafs der Befund verschiedener Mikroorganismen, vorwiegend des Smegmabacillus, in den Konkretionen auf eine Entstehung der letzteren unter dem Einflusse dieses Bacillus schliefsen läfst. „Man kann sich gut vorstellen, dafs die Smegmabacillen im stande sind, einen Reizzustand der balano-präputialen Schleimhaut und bisweilen auch eine wahre desquamative, seborrhoische Balanoposthitis hervorzurufen, bei der reichlich Smegma produziert wird, das sich später zu mehr oder weniger grofsen Massen zusammenzuballen trachtet. (Schluſs folgt.)

VII. **Über den Einfluſs der Röntgenstrahlen auf die Haut in gesundem und krankem Zustande,** von W. Scholtz-Breslau.

2. Histologischer Teil.

Aus seinen histologischen Untersuchungen zur vorliegenden Frage zieht Verfasser folgende Schlüsse:

„1. Die Röntgenstrahlen beeinflussen vornehmlich oder ausschliefslich die zelligen Elemente der Haut. Diese werden primär getroffen und verfallen einer langsamen Degeneration, während Bindegewebe, elastisches Gewebe, Muskulatur und Knorpel durch die Röntgenstrahlen gar nicht oder nur in geringem Grade alteriert werden und nur sekundär — infolge der Degeneration der Zellen und der entzündlichen Reaktionserscheinungen — leiden.

2. In erster Linie macht sich die Degeneration an den Epithelzellen geltend, in geringerem Mafse an den Zellen der drüsigen Organe, der Gefäfse, der Muskulatur und des Bindegewebes.

3. Die Degenerationserscheinungen sind mannigfacher Art und erstrecken sich sowohl auf den Kern, wie auf den Zellleib.

4. Sobald die Degeneration der zelligen Elemente einen gewissen Grad erreicht hat, kommt es zu entzündlichen Reaktionserscheinungen, welche sich in starker Gefäfserweiterung, seröser Durchtränkung des Gewebes, Randstellung der Leukocyten

und reichlicher Auswanderung weifser Blutkörperchen kundgeben. Ist es infolge starker Bestrahlungen zu hochgradigen Zelldegenerationen gekommen, so dringen die Leukocyten in Masse in die degenerierten Zellkomplexe ein und führen deren vollständige Zerstörung herbei.

5. Die Veränderungen der kleineren und gröfseren Gefäfse sind für die Weiterentwickelung und die langsame Abheilung der Ulcerationen wahrscheinlich von grofser Bedeutung."

Nach diesen Feststellungen über den Einfluſs der Röntgenstrahlen auf die normale Haut ging Verfasser an die histologischen Untersuchungen verschiedener Dermatosen während und nach erfolgter Behandlung mit Röntgenstrahlen.

„Beim Lupus kommt es unter dem Einfluſs der Röntgenbestrahlungen — ganz wie bei der normalen Haut — zunächst zu Degenerationsvorgängen an den zelligen Elementen, speziell auch den Riesen- und epitheloiden Zellen der Lupusknötchen selbst, auf welche dann reaktive Entzündungserscheinungen folgen." (Schluſs folgt.)

C. Berliner-Aachen.

American Journal of Dermatology and genito-urinary diseases.

1901. November.

1. **Die Komplikationen und Folge der spezifischen Urethritis beim Manne,** von J. W. Handly-Nashville. Es seien einige Bemerkungen aus der Abhandlung, die im allgemeinen nichts Neues bringt, hervorgehoben. Nebenhodenentzündungen treten nach Schätzung des Verfassers in 5—10% aller Tripperfälle auf. Die nächsthäufige Komplikation ist ihm Cystitis. Auch die akute Entzündung der Samenbläschen hält er für häufiger vorkommend, als allgemein angenommen wird. Meistenteils besteht daneben Prostatitis oder Epididymitis, und die Ursache ist stets eine prolongierte Entzündung des hinteren Harnröhrenabschnittes. Die Behandlung dieses Leidens in seiner chronischen Form besteht bei Handly in geschlechtlicher Enthaltsamkeit und allgemeinen hygienischen Maſsnahmen, die auf die Konstitution einwirken (Klimawechsel). Von Medikamenten werden angeraten Jodkalium und Merkur neben Leberthran. Massage der Samenbläschen wird ebenfalls empfohlen, eventuell bimanuelle mit Unterstützung der zweiten Hand vom Abdomen aus. Die instrumentelle Massage wird nicht erwähnt.

2. **Ureterenkatheterismus beim Manne. Ein neues Harnleiter-Cystoskop,** von Bransford Lewis-St. Louis. Anschlieſsend an einen kürzlich in Deutschland beobachteten Fall, wo einem Mädchen, das infolge Fehlens der Vagina und Anwesenheit eines Tumors im Becken operiert wurde, die einzige Niere — diese stellte die Geschwulst dar — durch den chirurgischen Eingriff genommen wurde, verweist Bransford auf die Notwendigkeit besserer Nachweismethoden für das Vorhandensein und normale Funktionieren der beiden Nieren. Zwar wurden in den letzten Jahren eine Anzahl von Ureterencystoskopen durch Nitze, Brenner, Caspar und Albarran und das Harrissche Instrument angegeben, doch waren alle nach Ansicht des Verfassers in der Praxis ungenügend. Aus diesem Grunde hat er einen neuen Harnleiterkatheter konstruiert. Zum Einführen wird ein Obturator angewendet, doch sind die Ecken des vorderen Teils des Instrumentes selbst abgerundet, so daſs dasselbe, wenn aus der Blase in die Urethra zurückgezogen, ohne Obturatorschutz wieder vorgestoſsen werden kann, ohne der Mucosa Schaden zuzufügen. Als Lichtquelle wird die Mignonlampe mit ihrem guten, hellen Licht und der verschwindenden Wärmeentwickelung benutzt. Es bedarf also keiner Wasserkühlung. Der Harnleiterkatheter entspricht ganz der Form desjenigen des Casperschen Cystoskops. Das Glasfenster des Instruments ist so plaziert, daſs es, wenn durch Blut oder Eiter beschmutzt, mit einem schmalen Watte-

tamponträger in situ abgewischt werden kann. Jedes Zwischenlinsensystem ist fortgelassen. Die Füllung der Blase mit Wasser ist zur Besichtigung überflüssig, soll im Gegenteil gar nicht erfolgen. Die Belichtung ist in ihrer Direktheit eine sehr gute und befördert die Auffindung des Harnleiters. Auch bezüglich der Möglichkeit, das Instrument zu sterilisieren, bietet das von Bransford Lewis hier angegebene die allergünstigsten Bedingungen. Es läfst sich beliebig lange heifsem Dampfe aussetzen, ohne Schaden zu erleiden.

3. **Behandelt man Syphilis richtig, wenn man in den ersten Stadien in der spezifischen Therapie spart?** von Charles O'Donovan-Baltimore. Der Verfasser fordert anstatt der grofsen Dosen von Jod, wie sie bei den Späterscheinungen der Syphilis heute gegeben werden, wo sie oft neben dem Versagen der kurativen Reaktion des Leidens noch nervenzerstörend wirken, einen ausgiebigeren Gebrauch des Quecksilbers bei der ersten Behandlung und im frühen Stadium der Lues. Die späten, nervöse Organe befallenden Symptome der Syphilis sind heute öfter zu beobachten als früher. Meist sind das Fälle, in denen das Leiden als längst erloschen betrachtet worden ist. Deshalb heifst die Aufgabe der Ärzte in der Behandlung der Lues, nicht allein sie zurückdrängen, sondern sie total vernichten und zerstören. Leider haben wir, so lange der Erreger der Krankheit noch unbekannt ist, keinen sicheren Beweis, ob eine Syphilis wirklich vollständig geheilt ist oder nicht. Verfasser empfiehlt, das Merkur bis zum Eintritt leichten Speichelflusses zu geben und dann nach einer kurzen Pause viele Wochen lang den Körper noch mit Quecksilber dergestalt zu versorgen, dafs die Dose nach einigen Wochen langsam ständig herabgesetzt wird. Nach dieser Kur von drei Monaten Dauer noch gelegentliche gröfsere Dosen von Hydrargyrum im Verlaufe des ersten Jahres der Erkrankung. Nach dem ersten Jahre empfiehlt O'Donovan, Quecksilber mit Jod kombiniert zu geben und zwar alle drei Monate einen Monat lang, während der zwei übrigen Monate jedes Vierteljahr eine Zufuhr von Eisen, Arsenik. Im dritten Krankheitsjahre soll dies kombinierte Verfahren noch zweimal vorgenommen werden.

4. **Klinische Bemerkungen über chronischen Tripper,** von A. Ravogli-Cincinnati. Wir beschränken uns, unter Weglassung der klinischen Ausführungen, die nichts Neues enthalten, auf die therapeutische Seite einzugehen. Von den Balsamicis verspricht sich der Verfasser weniger Erfolg, als von den Urinantisepticis, wie Salicyl. präparate und Urotropin. Von den lokalen Methoden kommt zuerst die Auswaschung der Pars posterior urethrae mit Katheter oder nach Janet ohne einen solchen in Frage. Als Medikament nimmt Ravogli Kaliumpermanganat in der Stärke von 1:5000—1:2000. Haben sich schon Infiltrationen gebildet, so sind Instillationen mit stärkeren Lösungen angebracht — Lapis infernalis ½—2%ig, oder, was noch besser wirkt, Protargol 1—2%ig. Bessere Dienste beinahe hatte Verfasser bei der Anwendung kaustischer Lösungen durch das Endoskop. Auch starke Sonden wirken oft resolvierend auf Infiltrate, zumal wenn man gefensterte benutzt, die in ihrer Vertiefung medikamentöse Salben tragen. Auch die elektrolytischen Sonden sind zuweilen mit bestem Erfolge zu verwenden. An ihrer Stelle haben bei tiefgehenden Infiltraten die Dilatatoren zu treten.

5. **Onanie,** von G. M. Phillips-St. Louis. Der Verfasser versteht unter Onanie neben dem üblichen Begriffe auch die Ejakulation des interrupten Coitus und verweilt gerade bei diesem Unterabschnitt der Onanie in der Ehe länger. Heutzutage, wo die jungen Mädchen nur darauf bedacht sind, dem Vergnügen zu leben oder sich zu verheiraten, um nicht sitzen zu bleiben, will so manche junge Frau um keinen Preis die Lasten und Mühen der Schwangerschaft, die Schmerzen der Entbindung und die vielen Aufopferungen der Mutterschaft auf sich nehmen. Aus diesem Grunde erfolgt

so vielfach die Betreibung des Coitus interruptus seitens des Ehemannes — mit anderen Worten, dieser widmet sich der Onanie. Die seelischen und körperlichen Folgezustände, wie sie die Folge davon sind, werden kurz gestreift.

6. **Die Hygiene der Haut**, von G. W. Penn-Humboldt. Bringt keinerlei neue Gesichtspunkte.

7. **Sexuelle Neurasthenie**, von Marc Ray Hughes-St. Louis. Jede Neurasthenie hängt schliefslich mit dem Geschlechtsleben zusammen. Bei Kindern ist sie darum weniger verbreitet als bei den Erwachsenen, deren sexuelles Leben voll entwickelt ist. Und doch hängen die infantilen neurasthenischen Zufälle vielfach mit Abnormitäten in der Entwickelung der Geschlechtssphäre des betreffenden Kindes zusammen. Viele Autoren glauben, dafs kein Kind ohne Vorbilder zum Masturbieren gelangen würde. Ob das wahr ist, ist schwer zu sagen. Möglicherweise ist auch die Reibung der Kleider oder der Bettdecke bei unruhigen Kindern die Veranlassung zu Erektionen und Onanie. Vielfach werden die Kinder auch durch ihre Kindermädchen sexuell angeregt und zur Masturbation angeleitet. (Fortsetzung folgt.)

8. **Die Plaque muqueuse**, von W. H. Young-Quincy. Der Verfasser empfiehlt für diese so häufigen und so schwer infektiösen Symptome der Syphilis Mund- und Gurgelwasser als einzige Therapie. Den Ton des Artikels und die Weglassung jeder kausalen Medikation kann der Referent nicht verstehen.

9. **Circumcision**, von H. N. Rafferty-Robinson. Die Operation der Circumcision ist uralt. Schon Herodot berichtet von ihr aus der Zeit der vierten egyptischen Dynastie, zu deren Zeit die Pyramiden gebaut wurden. Die alten Juden hatten sie von Anfang der Geschichte an eingebürgert und die Nachfolger von Columbus fanden diese Operation bei den Eingeborenen Westindiens, wie sie Afrikareisende im dunkelsten Innern des schwarzen Erdteils antrafen. Die alten Juden circumcidierten die männlichen Kinder am achten Tage; die alten Araber, Egypter und Perser beide Geschlechter in ihrem dreizehnten Lebensjahre. Der Verfasser glaubt, dafs die Circumcision auf die Häufigkeit des Vorkommens venerischer und anderer sexueller Affektionen einen Einfluſs habe. Nach Jonathan Hutchinson waren unter 154 Tripperkranken nur 47 Juden, unter 176 Syphilitischen nur 11 Juden. Diese Zahlen beweisen natürlich nichts, denn der Verfasser vergifst, dafs das Verhältnis der Juden und Nichtjuden in der Bevölkerung ja kein gleiches ist. Man könnte aus obigen Zahlen eher den Schluſs ziehen, dafs sich so viele Juden unter Hutchinsons Gonorrhoikern und Syphilitikern befinden. Als lokale Indikationen zur Vornahme der Circumcision erwähnt Rafferty Adhäsionen, Phimosis, Paraphimosis, Schanker, Schankroid, Ekzema, Lymphangitis pachydermica, Narben, Brand, Male, Tuberkulose, Epitheliom, Papillom, Präputialsteine, Hydrocele, Prolapsus ani, Hernien, Hüftgelenkerkrankungen. Als konstitutionelle Indikationen gelten Onanie, Spermatorrhoe, Enuresis, Dysurie, Retention, Impotenz und Epilepsie. Es folgt eine Kasuistik von vier Fällen.

10. **Die Entwickelung des Geschlechtstriebes**, von Havelock Ellis-Lelant Cornwall. Die Abhandlung umfafst einige Krankengeschichten, welche Bezug auf die Entstehung des Geschlechtssinnes haben, ohne neues zu bringen.

11. **Neue Behandlung der Leukorrhoe und der Vaginitis blennorrhoica** von Ph. Chapelle-Paris. Empfehlung von Bierhefelösungen gegen Leukorrhoe und Vaginitis.

1902. No. 1.

1. **Neuere klinische Beobachtungen über Tinea versicolor**, von Charles Warrenne Allen-New York. Gegenüber verschiedenen Autoren verweist Allen darauf, dafs das Leiden auch bei Kindern unter zehn Jahren beobachtet worden ist, dafs die Affektion auch auf den Hohlhänden und Fufssohlen vorkommt, ebenso im Gesicht.

Um die oft leicht zu übersehende Hauteruption, wenn sie schwach entwickelt ist, besser sichtbar zu machen, bestreicht man sie mit Jodtinktur. Nach den Erfahrungen des Verfassers sind Lungenkrankheiten, besonders Phthise, selten bei Leuten zu beobachten, die an Tinea versicolor leiden. Ebenso wenig konnte er finden, dafs Dyspepsie und Seborrhoe stets coexistierten. Häufig finden sich versteckte Eruptionen der Flechte unter dem Stirnhaar, oder bei Männern an der Grenze der Schamhaare. Von derartigen Resten aus rezidiviert dann die Krankheit leicht. Eine häufige Abart der Tinea versicolor ist in New York die Pityriasis nigra.

2. **Ekzem**, von JOHN V. SHOEMAKER - Philadelphia. Kasuistik von fünf Fällen von Ekzem mit Angabe der Therapie. Im ersten Fall von subakutem Ekzem, neben welchem Magendarmkatarrh bestand, verordnete der Verfasser innerlich:

Acid. hydrochlor. dilut. gtts. C
Pepsin. puri 6,0
Glycerin. 150,0.
Ds. nach jeder Mahlzeit 2 Theelöffel.

Arsenik würde in solchen Fällen mit nicht intakter Magendarmschleimhaut kontraindiziert sein. Äufserlich verordnete SHOEMAKER bei Fall I:

Ac. carbol. gtts. XV
Liquor. calcis
Aq. hamamelid. destill. ää 150,0
Pulv. Zinc. carbon. impur. 30,0.

Bei gleichzeitiger Appetitlosigkeit wird empfohlen:

Ac. muriat. dil. gtts. X
Tinct. nuc. vomic. gtts. V
Pepsin. pur. 0,12
Glycerin. 7,5.
M. Ds. Nach jeder Mahlzeit eine solche Dosis zu nehmen.

In einem Fall von subakutem Ekzem, das nach Rasieren entstanden ist, wurde äufserlich verordnet:

Hydrarg. chlor. mit. 0,6
Ung. Zinc. oxydat. 30,0.

In einem Falle von papulösem Ekzem erhält der Kranke, der seit drei Wochen ein Knötchenekzem des Vorderarms aufweist, innerlich nach jeder Mahlzeit:

Arg. nitric. 0,0075
Sirup. acaciae 3,7500.

Äufserlich findet folgende Salbe Verwendung, die vor allem juckstillend wirkt:

Camphor. 0,600
Ac. carbol. gtts. X
Chloral. hydr. 1,200
Sulfur. sublimat. 1,875
Ung. Zinc. oxyd. benzoat. 30,000.

Im Falle eines 45jährigen Mannes mit chronischem Ekzem der Hände und Vorderarme neben Muskelrheumatismus verordnet der Verfasser:

Kal. jodat. 12,0
Tinct. Cardamom. compos. 60,0
Aq. Cinamom. q. s. ad 150,0.
M. Ds. Dreimal täglich 2 Theelöffel voll.

Für den äufserlichen Gebrauch in diesem Falle:

Ac. salicylic.	1,20
Sulfur. subl.	1,80
Creosot. gtts. X	
Pulv. Zinc. carbon.	3,75
Ung. Zinc. oxyd. benzoat.	30,0.

Für chronische Ekzeme mit starkem Jucken ist auch folgende Salbe mit Erfolg zu verwenden:

Sulfur. sublimat.	
Chloral. hydrat.	ää 3,75
Camphor.	1,20
Ac. carbol.	0,90
Ung. Zinc. oxyd. benzoat.	30,00.

3. **Bericht über einen Fall durch Prostatahypertrophie verursachter vollständiger Harnverhaltung mit Heilung nach Bottini**, von Bransford Lewis-St. Louis. Die Krankengeschichte ist zum Teil schon aus der Überschrift zu erkennen. Es handelte sich um einen Kranken von 51 Jahren. Die Bottinioperation wurde unter lokaler Anästhesie ausgeführt. Es wurden drei Incisionen bei mit Luft gefüllter Blase vorgenommen. Während vor dem Eingriff totale Harnverhaltung bestand, erfolgte schon am Morgen darauf spontane Miktion in starkem, kontinuierlichen Strahl, um stets so zu bleiben. Eiweifs auf Spuren gesunken, Harnstoffgehalt wieder normal. Allgemeinbefinden ausgezeichnet. Nur in den ersten drei oder vier Tagen war der Urin leicht blutig verfärbt. Am Tage nach der Operation ein Schüttelfrost mit Fieber.

4. **Syphilis insontium**, von J. B. Shelmire-Dallas. Der Verfasser versteht im vorliegenden Artikel unter der Bezeichnung Lues insontium, das was richtiger Syphilis per vias extragenitales acquisita genannt werden müfste. Es werden fünf Fälle dieser Art angeführt. Der erste betrifft einen 45jährigen Kollegen, der sich bei der Operation einer Knochensyphilis infiziert hat, der zweite eine kräftige junge Frau mit Zungenschanker, der durch Benutzung des Trinkgefäfses einer syphilitischen Kranken entstanden war. Patientin sollte wegen Zungenkrebs operiert werden, hatte schon auf dem Operationstisch gelegen, und nur ein Zufall, der den Eingriff aufschob, bewahrte sie vor dem Verlust der Zunge durch das Messer. Fall III betrifft wieder einen Arzt, der sich wohl auf dem Wege eines bestehenden Nackenfurunkels von einer spezifisch kranken Frau, der er den Uterus ausgeschabt hatte, infiziert haben dürfte. Der nächste Patient zog sich seine Syphilis durch unsaubere Instrumente oder Eifswerkzeuge zu. Er hatte eine Tonsillarsklerose. Den gleichen Infektionsmodus wies der letzte Kranke auf. Hier war die Ansteckung dadurch zu stande gekommen, dafs die Geliebte des Mannes die perverse Gewohnheit hatte, ihre Zunge in den Mund des Geliebten zu stecken und dort eine zeitlang verweilen zu lassen.

5. **Katheterfieber**, von C. Posner-Berlin. Seine Behandlung ist schwieriger als seine Prophylaxe. Chinin ist als vorbeugendes Mittel hier ganz am Platze, in einer Dosis von genügender Gröfse verhindert es das Auftreten von Fieber bei Personen, die nach jedem Katheterismus zu fiebern pflegen. Hat einmal eine Temperaturerhöhung eingesetzt, so nützt Chinin nichts. Überhaupt scheint dieses Mittel mehr auf das Herz zu wirken, indem es dessen Fähigkeit der Eliminierung toxischer Substanzen erhöht. Letzteres erreicht man auch durch Chinaabkochungen, Wein, Kaffee und ähnliches. Urotropin giebt man neuerdings vor dem Einführen des Katheters, auch hat es die besten Wirkungen bei zentralen Blasenlähmungen (Ebstein), doch thut es auch gegenüber einmal in die Blase eingedrungenen Bakterien gute Dienste.

6. **Topographie des Harnleiters**, von Byron Robinson-Chicago. Nichts Neues von besonderem Interesse für unsere Leser.

7. **Diagnose von Blasenstein, Nieren- und Harnleitersteinen durch Röntgenstrahlen**, von D. H. Hayes-Milwaukee. Sowohl die negative, wie die positive Diagnose mit X-Strahlen ist genau und wertvoll. Harnleitersteine sind viel häufiger, als man allgemein annimmt, zu beobachten. Vielfach versagen alle anderen Methoden der Diagnose, während die radiographische gleichzeitig wichtige Anhaltspunkte für den chirurgischen Eingriff bietet. Nichtoperative Behandlung ohne negativen radiographischen Befund ist unzweckmäfsig und gefährlich, sobald Steinverdacht besteht. Der negative Ausfall der Untersuchung mit X-Strahlen macht den Eingriff der Probeincision der Niere überflüssig, ebenso jene der Blase bei Blasensteinen mit schwer feststellbarer Lokalisation.

8. **Sexuelle Neurasthenie**, von Marc Ray Hughes-St. Louis. Wird bei der Fortsetzung mit besprochen werden.

9. **Ein kurzer Beitrag zur therapeutischen Verwendung des Epicarins**, von E. Winkler-Wien. Empfehlung des Epicarins bei allen Dermatosen, wo wir eine Abschuppung der oberen Epidermisschichten erzielen wollen. Kaposi verordnet es mit Erfolg bei Scabies, Herpes tonsurans, Prurigo, Winkler auch bei Seborrhoea capitis und Varicellen. Die Formeln sind im ersten Fall:

Epicarin.	5,0
Aether.	15,0
Spir. vin. Gallic.	80,0

im zweiten Fall:

Epicarin.	3,0
Sapon. virid.	0,5
Ung. Casein.	ad 70,0.

Diese Salbe wirkt sehr jucklindernd und antibakterisch. Sie ist täglich im warmen Bade zu entfernen und frisch einzureiben.

10. **Vergleichende Behandlung des Trippers**, von L. Midy-Paris. Abhandlung des bekannten Apothekers Midy-Paris. Nichts Neues. Empfehlung des reinen Sandelholzöls. *Hopf-Dresden.*

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Band 20. Februar 1902.

I. **Colloide Degeneration der Haut**, von Ch. J. White. Der Verfasser wirft einen historischen Rückblick auf die einschlägige Litteratur und teilt dann die Krankengeschichte eines Falles mit, der einen 52jährigen Irländer betraf. Patient war sonst stets gesund; in den letzten zehn Jahren litt er an rezidivierenden Attacken von Heufieber, welche ihn jedoch in seiner Berufsbeschäftigung als Maschinist einer Eisenbahn nicht störten. Diese Beschäftigung setzte ihn allerdings im Sommer der Sonnenglut und im Winter kalten Winden beständig aus. Vor vier Jahren bemerkte er die ersten Efflorescenzen auf dem Handrücken; und während der nächsten zwei Jahre entwickelten sich an den exponierten Körperteilen ähnliche Knoten, die bis auf den heutigen Tag persistierten. Die Einzeleffloreszenz ist eine glatte, flache, unregelmäfsig abgerundete oder polygonale, durchscheinende, gelblichbraune, weich elastische, 1/8 Zoll über das Niveau der Haut erhabenen Papel.

Die Affektion verursacht keinerlei subjektive Symptome.

Behufs mikroskopischer Untersuchung wurde ein Knötchen vom Handrücken excidiert, in Alkohol gehärtet und in Celloidin eingebettet.

Was die Epidermis betrifft, so ist das Stratum corneum besonders über den Follikelmündungen deutlich hyperplastisch. Das Stratum lucidum ist stärker als gewöhnlich ausgeprägt. Das Stratum granulosum besteht zum gröfsten Teile aus 3 bis 4 Zelllagen, nur über dem zentralen Teil des darunterliegenden Tumors verschmächtigt sie sich zu 1—2 Schichten, die einzelnen Zellen sind abgeflacht und verlängert. Das Stratum spinosum ist in der Tiefe ebenfalls verschmächtigt; die Keimschicht fehlt scheinbar ganz; an ihrer Stelle findet man viele abgeflachte Zellen mit Vacuolen. Mitosen und Pigment sieht man nirgends. Die Epidermis bietet die typischen Erscheinungen, welche von konstantem Druck herrühren.

Im Corium sind die Papillen vollständig verschwunden, an ihrer Stelle findet man eine enge, dichte Zone, bestehend zum gröfsten Teile aus degeneriertem elastischen Gewebe, welches die charakteristische Elacinfärbung zeigt. Hier und da bemerkt man normales Elastin, welches die Weigertsche Färbung scharf ausgeprägt hat und in Form von dünnen, gewundenen Fibrillen erscheint. Innerhalb dieser Zone ist der Tumor, welcher aus kleinen und grofsen, unregelmäfsig gestalteten, von Kapillaren begrenzten Gewebsinseln besteht. Die Wände der Kapillaren zeigen dicke Haufen von Elacin; im Lumen der Gefäfse sieht man wirkliche, colloide, charakteristisch gefärbte Substanz, dazwischen hier und da zerstreut wohl erhaltene Bindegewebskerne.

Dagegen hat Verfasser, im Gegensatz zu Unna, nirgends Collacin oder Collastin finden können und glaubt, dafs die Ursache weniger in einem Fehler des Färbeverfahrens, als darin liegen mag, dafs die Degeneration eben ihr Endstadium erreicht hat.

II. **Vegetierende Dermatitis im Verlaufe eines infantilen Ekzems**, von G. W. Wende und H. K. Degroat-Buffalo. Die Verfasser berichten über zwei Fälle dieser seltenen Hautkrankheit.

Der erste Fall kam im Januar 1897 in die Behandlung und betraf ein Kind, das damals acht Monate alt war und seit der dritten Lebenwoche an einem seborrhoischen Gesichtsekzem litt. Im Dezember 1896 bemerkte die Mutter auf der Kopfhaut des Kindes Pusteln, die sich rasch zu tumorähnlichen Gebilden entwickelten. Diese waren bei der ersten Besichtigung durch die Verfasser hauptsächlich auf die Kopf- und Gesichtshaut lokalisiert und präsentierten sich zumeist als verschieden grofse, rauhe, schuppige, knotige Massen, die nach Entfernung der Schuppen das Aussehen von Vegetationen darboten.

Zweimal täglich wurden dieselben mit Oleum cinereum bestrichen, worauf dieselben innerhalb drei Wochen verschwanden, ohne Narben zu hinterlassen, nur eine schwache Pigmentation blieb noch einige Zeit bestehen.

Die mikroskopische Untersuchung ergab als Hauptbefunde eine gleichmäfsige excessive Verdickung der Reteschicht und enorme Verlängerung der Retezapfen. Die oberflächlichen Zellen sind ödematös und zeigen Bläschenkerne; zwischen ihnen bemerkt man hier und da Leukocyten.

Die Cutis zeigt erweiterte Blut- und Lymphgefäfse, verlängerte Papillen, deutliche Infiltration mit Lymphocyten und wenige Plasmazellen in der Papillenschicht. Von einer Proliferation der Bindegewebszellen war wenig zu sehen. Mikroorganismen fanden sich nirgends. Im ganzen handelte es sich um eine benigne Hypertrophie und um kleine Ansammlungen von Leukocyten, die an miliare Abscefsbildungen erinnern. Histologisch gleicht das Bild der blastomycetischen Dermatitis. Doch waren Blastomyceten nirgends nachweisbar.

Die Verfasser besprechen die Differentialdiagnose und vergleichen ihre Fälle mit analogen Fällen aus der Litteratur.

III. **Ein Fall von Vaccinia generalisata,** von L. Heidingsfeld - Cincinnati. Ein fünfjähriges Mädchen wurde am 10. April 1901 gleichzeitig mit einem zweijährigen Kinde geimpft. Nach drei Wochen bekam die Patientin am ganzen Körper einen Ausschlag, der zuerst aus kleinen Bläschen bestand; am nächsten Tage entwickelten sich an den Knöcheln und Handgelenken unter leichten Störungen des Allgemeinbefindens grofse Blasen, die auf einer scheinbar normalen Basis safsen und mit einem klaren Inhalt gefüllt waren. Um diese Zeit waren die eigentlichen Impfpusteln bereits abgeheilt, die Krusten abgefallen und schwach gerötete, vertiefte Narben zurückgeblieben. Der Ausschlag verbreitete sich über die Extremitäten und den Stamm aus. Die grofsen Blasen barsten am dritten oder vierten Tage, entleerten ihren Inhalt und hinterliefsen eine exfoliierte, gerötete Stelle, die im Verlaufe von 7—10 Tagen mit schwacher Pigmentation aber ohne Narbenbildung abheilte.

Das andere Kind hatte ohne Zwischenfall die Impfung überstanden.

Verfasser bespricht an der Hand der einschlägigen Litteratur die Pathogenese des Falles. *C. Berliner-Aachen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

d. *Nieren, Ureteren, Harn.*

Über einen Fall von Cystinurie mit Diaminurie, von A. H. Schölberg und A. E. Garrod-London. (*Lancet.* 24. Aug. 1901.) Bei einem 12jährigen Knaben, der wegen Cystinsteinbildung in der Blase in Behandlung war, fanden die Verfasser in einer 10tägigen Beobachtungszeit an drei Tagen Putrescin, das eine Mal rein, zweimal im Verein mit Cadaverin, wie es scheint, als Mischung. Die Untersuchung geschah nach der als Udranszky-Baumannsche bekannte Methode für den Nachweis von Diaminen. Ein ähnlicher Fall ist bisher nur einmal, von Garcia, beschrieben worden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Cystinurie, bei dem Cadaverin im Urin nachgewiesen wurde, von P. J. Cammidge-Wakefield. (*Lancet.* 31. Aug. 1901.) Es sind bisher von Cystinurie nur 110 Fälle publiziert, von denen 30 weibliche Kranke betrafen. Die von C. hier mitgeteilte Beobachtung betrifft ein 12jähriges Mädchen, bei welchem unerwarteterweise Cystinkrystalle im Urin entdeckt wurden. Aus 90 ccm Urin erhielt Verfasser bei Behandlung nach Udranszky und Baumann 0,024 g kleine weifse Crystalle, welche unterm Mikroskop Nadeln und schmale Blättchen aufwiesen. Er hält es für fast sicher, dafs dieselben aus reinem Cadaverin, Pentamethylendiamin bestanden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zum Nachweis von Quecksilber im Harn, von Bardach. (*Centralbl. f. inn. Med.* 1901. No. 15.) Verfasser benutzt die grofse Empfindlichkeit der Eiweifskörper gegen Quecksilbersalze zum Nachweis des Quecksilbers im Harn. Er setzte Eiweifslösungen (anfangs Kasein, später käufliches pulverisiertes Eieralbumin) zum quecksilberhaltigen Harn, füllte das Eiweifs durch verdünnte Essigsäure aus, erwärmte und filtrierte. Das auf dem Filter gebliebene Coagulum wurde nun in warmer Salzsäure gelöst, eine Kupferspirale zugefügt und nun $^3/_4$ Stunden im Wasserbade gekocht; die

Kupferspirale wurde darauf in üblicher Weise getrocknet und im Glasrohr unter Zufügung einiger Stückchen Jod geglüht, so dafs man das Quecksilber durch den gebildeten Jodidring erkennen kann. Die Methode soll unbedingt verläfslich und sehr empfindlich sein. *F. Hahn-Bremen.*

Über den Nachweis von Zucker im Harn, von A. Cipollina-Genua. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 21.) Verfasser hat die verschiedenen, von Lamanna, Kowarski und Neumann angegebenen Modifikationen der Phenylhydrazinprobe nachgeprüft und kommt zu dem Resultat, dafs die Methode K.s der von L. an Empfindlichkeit überlegen, aber unsicherer als diese ist; beide Methoden aber können nicht vollkommen befriedigen. Die Methode Neumanns ist die empfindlichste; die zur Krystallbildung nötige Zeit ist je nach dem spezifischen Gewicht des Urins verschieden. Verfasser selbst giebt eine Modifikation der Methode Lamannas an, welche der N.s vollkommen gleichwertig ist. Auf weitere Einzelheiten kann hier nicht eingegangen werden. *A. Loewald-Cassel.*

Beobachtungen und Versuche bei chronischer Pentosurie, von M. Biel-Kissingen und F. Blumenthal-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 22.) An einem Pentosuriker konnten die Verfasser feststellen, dafs der Traubenzuckerstoffwechsel nach allen Richtungen hin bei ihm ein völlig normaler ist, dafs aber die Pentosurie gar keine Beziehung zum Diabetes mellitus hat. Die Quelle der Pentosurie läfst sich weder aus dem Kohlehydrat noch aus dem Eiweifs der Nahrung ableiten; man wird vielmehr immer wieder darauf hingeführt, die Quelle im Organismus selber zu suchen. Da die Verfasser die Pentose im kreisenden Blute fanden, so ist es ausgeschlossen, dafs dieselbe ihre Bildungsstätte in den Nieren oder vielmehr nur daselbst habe; die Abspaltung mufs an einer anderen Stelle erfolgen, die sich experimentell am Lebenden vorläufig noch nicht nachweisen läfst.

A. Loewald-Cassel.

Über chronische Pentosurie, von Fritz Meyer-Berlin (*Berl. klin. Wochenschr.* 1901. No. 30.) Den wenigen in der Litteratur veröffentlichten Fällen von reiner Pentosurie fügt M. einen neuen hinzu, der mehrere Attaquen durchmachte und unter geeigneter Ernährung (abgerundete Menge Kohlehydrate, täglich 2 Liter Milch) und Somatose ohne sonstige medikamentöse Behandlung günstig verlief. Es bestand hochgradige Abmagerung und Neurasthenie, beides schwand in kurzer Zeit.

Bernhard Schulze-Kiel.

e. *Labien, Vagina.*

Kraurosis vulvae, von L. A. Ewald. (*New York. med. Monatsschr.* 1901. No. 5.) Verfasser berichtet zwei Fälle von Kraurosis vulvae. Die histologische Untersuchung ergab folgendes: Die Fettzellherde fast ganz geschwunden; hier und da Rundzellenanhäufung, besonders um die Gefäfse; Muskelfasern fast gar nicht zu finden; das Bindegewebe geschrumpft; elastische Fasern nicht degeneriert, gut ausgesprochen. Auffallend war der fast absolute Drüsenschwund. Bemerkenswert ist eine starke Hyperkeratose. — Sicher spielen sich bei der Kraurosis vulvae atrophische und hypertrophische Vorgänge, erstere in der Tiefe, letztere an der Oberfläche nebeneinander ab, und zwar auf Grund eines entzündlichen Prozesses. — Die Kombination mit Carcinom kommt vor. — Die beste Therapie ist die Excision, obgleich Heler einen Fall mit Farmalinätzungen und Einpinselungen mit Ichthyolwasser nach vorausgeschickten heifsen Umschlägen geheilt hat, und Martin einmal nach Uterusdilatation und Auskratzung wesentliche Besserung sah. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Leukoma oder Leukoplakie der Vulva und Krebs, von H. T. Butlin-London. (*Brit. med. Journ.* 13. Juli 1901.) Bericht über 3 Fälle: Fall I war eine 44jährige, unverheiratete Dame, bei welcher ein Vierteljahr nach Feststellung der Leukoplakie ein Epitheliom am Labium maius im Erkrankungsgebiet auftrat. Sie entzog sich der Operation und starb 6 Monate später in anderer Behandlung unter der Diagnose Anämie und allgemeine Schwäche. — Fall II war eine 73jährige Witwe, bei welcher B. ein ganz von Leukomplaques umgebenes Epitheliom des Labium maius mit Erfolg entfernte. — Fall III, eine 66jährige Virgo, bereits einmal wegen Krebs am grofsen Labium operiert, zeigte neben ausgedehnter krebsiger, inoperabler Drüseninfiltration ausgedehnte Leukombildung. B. hält einen Zusammenhang der beiden Affektionen für höchst wahrscheinlich. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Divertikel der Urethra des Weibes, von Köster-Syke. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1901. No. 59.) Am Eingang der Urethra befand sich ein blauroter, kirschgrofser Tumor, der sich deutlich als Divertikel diagnostizieren liefs und wenig Beschwerden machte. Operation wurde abgelehnt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Blennorrhoe und Komplikationen.

Symposium über Blennorrhoe. Unter diesem Titel veröffentlicht das *Cleveland Journ. med.* (Sept. 1900) das Ergebnis einer Umfrage der Amer. Med. Assoc. bezüglich folgender Punkte:

1. Kann ein Blennorrhoiker so behandelt und soweit geheilt werden, dafs man ihm ohne Gefahr für seine Frau erlauben kann zu heiraten?

2. Wenn er geheilt werden kann, welche Methoden der Behandlung gelten als die besten, welcher Zeitraum mufs verfliefsen und welches sind die physiologischen Reaktionen, nach denen die Frage der Tauglichkeit zur Heirat mit Bestimmtheit zu entscheiden ist?

Die vorliegenden Antworten von Jadassohn, Feleki, Finger, Paul Hoguès und Ernst Burkhardt bieten im wesentlichen nichts neues; zum Teil ist der Standpunkt der Autoren wohl von früher her bekannt, so dafs von einem eingehenden Bericht an dieser Stelle Abstand genommen werden darf. Es sei daher hier nur kurz festgestellt, dafs alle Forscher die erste Frage bejahen. Jadassohn und Finger halten jeden Fall für heilbar, der gründlich und mit Ausdauer behandelt wird, Hoguès erklärt unheilbare Blennorrhoen für Ausnahmen, Feleki schätzt die Zahl der unheilbaren Fälle auf etwa 3%, Burkhardt hat unter 256 Fällen chronischer Blennorrhoea posterior, resp. Blennorrhoea posterior und anterior, ohne andere Komplikationen, 245 geheilt, 11 nicht geheilt. — Was die Behandlung betrifft, so geben Jadassohn, Feleki und Finger keiner bestimmten Methode den Vorzug; die Behandlung mufs sich nach dem speziellen Falle richten. Ausdrücklich widerraten werden von Jadassohn und Finger die Janetschen Spülungen. Hoguès empfiehlt ganz allgemein ausgiebige Spülungen, ohne Anwendung von Sonden, mit Kaliumpermanganat, Burkhardt als beste Behandlung der Urethritis posterior die urethroskopische. — Der Zeitpunkt, den die Autoren zwischen dem letzten Gonokokkenbefund und der Heiratserlaubnis verlangen, schwankt zwischen drei Monaten und einem Jahre. Die Reaktionen zur Prüfung der Heilung der Blennorrhoe sind die bekannten; Feleki pinselt in zweifelhaften Fällen die Harnröhre auch noch mit einer 5%igen, Burkhardt die Urethra posterior mit einer 10%igen Höllensteinlösung. *A. Loewald-Cassel.*

Über Allgemeininfektion bei Blennorrhoe, von A. H. Ward. (*Brit. med. Journ.* 30. März 1901.) Die These, welche Verfasser entwickelt und zu argumentieren sucht, hat folgenden Gedankengang: Der Gonococcus produziert im menschlichen Körper ein irritierendes Toxin, welches die direkte Ursache aller Symptome der Krankheit ist. In allen Fällen verursacht es eine mehr oder weniger intensive Systemerkrankung. Die Blennorrhoe ist somit eine allgemeine, toxämische Affektion. Aber die Mikrobien, welche das Toxin bilden, sind gewöhnlich auf der Schleimhaut oder um dieselbe lokalisiert. Ihre Invasion kann sich auf die Organe ausdehnen, welche mit dem infizierten Traktus in Verbindung stehen, oder sie kann die Gewebe selbst ergreifen. Durch eine paralysierende Wirkung des absorbierten Toxins auf die Leukocyten wird die Einkapselung der Mikrobien durch diese Zellen verhindert. Auf diese Weise wird die Invasion in die cellulären Gewebe, in die Lymphstränge, Lymphdrüsen und in das Gefäfssystem möglich. Ist die Cirkulation erreicht, so können die Gonokokken in Herz, Endocard, Pericard und Pleura, in die Gelenke und überall am Orte der Ansiedelung Entzündungen hervorrufen. Begünstigt wird die Invasion durch zu energische Maßnahmen gegen die lokale Infektion, weil sie geeignet sind, durch Ätzung und Lädierung der Schleimhautoberfläche die lokale Widerstandskraft herabzusetzen und dem Eindringen der Mikroorganismen in die tieferen Schichten Thür und Thor zu öffnen. Eine lokale Behandlung ist immer erforderlich, aber sie mufs frei von instrumentellen, mechanischen oder chemischen Parforcekuren sein.

C. Berliner-Aachen.

Die blennorrhoische Neuritis und ihre Beziehungen zur blennorrhoischen Myositis und Arthritis, von R. Kienböck. (*Samml. klin. Vorträge.* No. 315.) Eine Sammlung und Kritik der wichtigsten in der Litteratur mitgeteilten Fälle. Zuerst bespricht Verfasser den Tripperrheumatismus, welcher sich vom echten akuten Gelenkrheumatismus dadurch unterscheidet, dafs erst nach Ablauf eines Prozesses ein zweiter einsetzt, und dafs die Zahl der ergriffenen Regionen drei bis vier gewöhnlich nicht übersteigt. Als Begleiterscheinung zeigt sich häufig Muskelatrophie. Auch Erkrankungen der peripheren Nerven bei Blennorrhoe sind nicht selten (Neuralgie, Neuritis), die parenchymatöse Neuritis ist selten, sie zeichnet sich durch kontinuierliche, heftige Schmerzen mit Druckempfindlichkeit der Nervenstämme, Dehnungsschmerzen bei Bewegungen und Anschwellung der peripheren Nerven aus. Verfasser berichtet dann über verschiedene Fälle der Litteratur und fügt seine persönlichen Beobachtungen hinzu. Ein weiterer Abschnitt behandelt die akute blennorrhoische Myositis, ein fernerer die generalisierte Polyneuritis. Am Schlusse bietet K. eine Übersicht über die besprochenen Gruppen, die er folgendermafsen einteilt:

1. Arthritis (Polyarthritis) acuta samt Bursitis, Tendovaginitis blennorrhoica metastatica, kombiniert mit meist davon abhängigen Erkrankungen: a) einfachen Muskelatrophien, b) Neuritis levis, c) Neuritis gravis, d) Myositis. 2. Nicht im Gefolge von Gelenkentzündungen auftretende, generalisierte Polyneuritis toxica. 3. Nach Auftreten von Arthritiden chronisch fortschreitende Muskelatrophien. 4. Arthritis der Wirbelsäule mit Steifigkeit derselben und Erscheinungen der Wurzelkompression. Die Einleitung einer wirksamen Therapie der blennorrhoischen Gelenk-Nerven- und Muskelerkrankungen hängt im einzelnen Falle zum grofsen Teile von der richtigen Erkennung ihrer Ätiologie ab, es ist eine möglichst frühzeitige entsprechende Behandlung des Grundleidens notwendig.

Bernhard Schulze-Kiel.

Ein Fall von multipler Neuritis blennorrhoischen Ursprungs, von Kankarowitsch. (*Wratsch.* 1901. S. 1346.) Bei einem 22jährgen Manne trat am dritten Tage nach Beginn des Trippers unter Temperatursteigerung eine schmerzhafte Schwellung

verschiedener Gelenke der unteren Extremitäten und ein Ausschlag auf dem Körper und den Beinen auf. Am folgenden Tage stellte sich eine starke Hyperästhesie der Haut über den oberen und unteren Extremitäten ein. Am sechsten Tage kam es zur Entwickelung einer linksseitigen Epidydimitis, wozu sich am siebten Tage eine Lymphadenitis in der linken Seite und Parese der Beine gesellte. Im weiteren Verlauf kam es zu Muskelatrophien und zur Herabsetzung der Kniereflexe. Der Ausschlag schwand nach zwei Tagen, das Fieber in zwei Wochen und die Parese im Laufe von zwei Monaten soweit, dafs Patient mit einem Stock gehen konnte. Die Paresen, die Hyperästhesie der Haut, die Atrophie der Muskeln und die Herabsetzung der Kniereflexe veranlafsten K., keinen Gelenkrheumatismus, sondern eine multiple Neuritis zu diagnostizieren. *Arth. Jordan-Moskau.*

Über die Ätiologie der Augenentzündung bei Neugeborenen, von Fritz Schanz-Dresden. (*Zeitschr. f. Augenheilk.* Bd. 5. Heft 6.) In den letzten Jahren wurde durch eine Reihe von Untersuchungen festgestellt, dafs sich nur bei einem Teile der unter dem charakteristischen klinischen Bilde der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum verlaufenden Augenaffektionen der Neisserasche Gonococcus findet, während in anderen Fällen der Pneumococcus, Streptococcus, Staphylococcus aureus, Meningococcus intracellularis, der Weekssche Bacillus oder das Bacterium coli und in einem Drittel der Fälle überhaupt kein pathogener Mikroorganismus nachweisbar ist. Von den Autoren werden nun zumeist die jeweils gefundenen Bakterien als die Erreger der Blennorrhoe betrachtet, und demzufolge gehen die Bestrebungen neuerdings dahin, das klinische Krankheitsbild der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum nach ätiologischen Gesichtspunkten zu zerlegen und insbesondere die durch Gonokokken hervorgerufenen Fälle von Blennorrhoe als Conjunctivitis gonorrhoica (Greeff) oder Gonoblennorrhoea (Sarmisch) den übrigen Blennorrhoen gegenüberzustellen. Diese Bestrebungen nun bekämpft der Verfasser. Nach seiner Auffassung beweisen die Ergebnisse der bakteriologischen Untersuchungen nichts anderes, als dafs die ätiologische Bedeutung all' der bei Ophthalmoblennorrhoen gefundenen Mikrobien, also auch der Gonokokken eine sehr zweifelhafte ist; denn es ist im höchsten Grade unwahrscheinlich, dafs eine ganze Anzahl Bakterien dieselbe Reaktion, dasselbe Krankheitsbild erzeugen. So lange nicht klinische Unterschiede zu finden sind, so lange sollten wir an dem einheitlichen, wohl charakterisierten Krankheitsbild der Ophthalmoblennorrhoe festhalten, zumal die Fälle, bei denen sich keine Gonokokken finden, durchaus nicht immer so harmlos sind, wie Greeff es darstellt. *Göts-München.*

Blennorrhoische Iritis, von J. Griffith. (*Brit. med. Journ.* 13. April 1901.) Der Verfasser zeigt auf Grund seiner Beobachtungen, dafs die Blennorrhoe viel häufiger als die Syphilis die Ursache einer Iritis sei, die nicht nur als Komplikation einer zur Zeit bestehenden blennorrhoischen Infektion, sondern auch noch auftreten kann, nachdem diese abgelaufen ist. In einer Reihe von Fällen trat die Iritis sogar wiederholentlich auf. Der Verfasser schliefst daraus, dafs es eine postblennorrhoische Iritis giebt, und dafs die Blennorrhoe somit eine konstitutionelle Erkrankung sei, ebenso wie die Syphilis. *C. Berliner-Aachen.*

Blennorrhoischer Abscefs im subcutanen Gewebe des Präputiums, von Alex. Renault. (*Journ. d. pratic.* 1901. No. 37.) Der Verfasser konstatierte bei einem Patienten fast zwei Monate nach Beginn eines Tripperrezidivs an der unteren Fläche des Penis in der Gegend des präputialen Teiles der Raphe eine 4 cm lange, 1 cm breite entzündliche Schwellung, die an ihrer vorderen Partie eine kleine Öffnung aufwies; aus derselben entleerte sich auf Druck ein kleiner Tropfen Eiter, der aufser-

ordentlich zahlreiche Gonokokken enthielt. Eine blennorrhoische Infektion des subcutanen Präputialgewebes, wie sie hier vorlag, ist ein aufserordentlich seltenes Vorkommnis. Ob in diesem Falle etwa vorher an der betreffenden Stelle ein kleiner Kanal vorhanden gewesen war, wurde nicht eruiert. Jedenfalls handelte es sich — und auch dies ist selten — um eine sekundäre Infektion, die wahrscheinlich durch die Hand des Patienten zu stande gekommen war. Der Fall lehrt, dafs man Tripperkranken immer wieder die peinlichste Reinlichkeit zur Pflicht machen mufs: nach jeder Berührung der Harnröhrenmündung müssen die Hände sorgfältig gewaschen werden, weil sonst Gonokokken verschleppt werden können. *Götz-München.*

Zur Behandlung des blennorrhoischen Rheumatismus mit dem galvanischen Strom, von L. Delherms. (*Rev. internat. de Thérap. phys.* 15. Aug. 1901.) Die Ergebnisse, welche D. bei sechs Patienten auf der Mathieuschen Klinik mit dem konstanten Strom erzielte, waren derartig, dafs er das Verfahren aufs wärmste empfiehlt. Die heftigen Schmerzen, die objektiven entzündlichen Erscheinungen und die Funktionsstörung verschwanden mit gröfster Präzision, manchmal schon nach einer einzigen Anwendung eines galvanischen Stromes von 20—50 MA. und halbstündiger Dauer. Für gewöhnlich empfiehlt er, den ersten Tag zwei, die folgenden Tage je eine Sitzung zu veranstalten und das erste Mal eine halbe Stunde, später nur eine viertel Stunde lang zu elektrisieren. Mit dem faradischen Strom hatte er weit weniger günstige Resultate. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die moderne Therapie der Blennorrhoe des Mannes, von W. Scholtz. (*Dtsch. Praxis.* 1901. No. 2.) Bei der frischen Blennorrhoe entspricht das Protargol allen Anforderungen und bei richtiger Anwendung sind die Resultate vorzügliche. Die Injektionen sollen möglichst sofort begonnen, und zwar möglichst oft und lange durchgeführt werden, zunächst mit $^1/_4$%iger Lösung drei- bis viermal 5—6 Minuten lang. Man steige dann rasch auf 5—6 Injektionen von 10 Minuten Dauer. Besonders abends soll die Injektion 15—30 Minuten währen oder zwei- bis dreimal wiederholt werden. Man kann bis zu 2- und 3%igen Lösungen steigen. Erst in der vierten Woche soll man mit der Intensität und Dauer der Injektionen etwas nachlassen. Die Heilung kann als sicher betrachtet werden, wenn etwa in der sechsten Woche provokatorische Einspritzungen (man kann auch ohne diese sich ein sicheres Urteil bilden! der Ref.) keine Gonokokken zu Tage fördern. Verfasser bespricht sodann den Gebrauch des Largins und Argonins, das Argentum nitr., des Argentamins, Ichthyols etc., zieht aber allen das Protargol vor. Bei verschleppten Fällen nimmt er indessen lieber zum Argentum nitr., Argentamin und Hydrargyrum oxycyanatum seine Zuflucht. Alte Fälle verlangen die mechanische Behandlung mit Bougies, Dilatatoren, resp. grofse Spülungen. Bezüglich der genaueren Behandlung solcher Fälle sowie ihrer Komplikationen mufs auf das Original verwiesen werden.

A. Strauſs-Barmen.

In der medizinischen Gesellschaft zu Magdeburg (Sitzung vom 9. Juni 1901) hielt Thorn einen Vortrag über **ascendierende Blennorrhoe beim Weibe.** Nach seiner Überzeugung ist die Prognose derselben auch ohne chirurgischen Eingriff im allgemeinen eine gute. Durch sorgsame Behandlung der blennorrhoischen Vaginitis, insbesondere durch grofse Schonung, strenge Bettruhe während der Menstruation und im Puerperium läfst sich das Eindringen der Gonokokken in den Uterus in den meisten Fällen verhüten. Die Sondierung des Uterus ist bei bestehender blennorrhoischer Vaginitis thunlichst zu vermeiden. Ist das Cavum uteri einmal infiziert, so wird die Situation durch lokale Eingriffe, wie Kurettement, Kauterisierung etc. nur

verschlechtert. Blennorrhoische Erkrankungen der Adnexe kommen zumeist unter Bettruhe und antiphlogistischer Behandlung zur Heilung, ebenso heilt die blennorrhoische Peritonitis in den meisten Fällen, ohne daſs ein chirurgischer Eingriff nötig wäre. Eine wirkliche Restitutio ad integrum ist allerdings bei unblutiger Behandlung selten; doch sind die durch konservative Behandlung erzielten Resultate vollauf genügend. *Götz-München.*

Die Behandlung der akuten Blennorrhoe, von L. Broter-New York. (*Med. News.* 16. Nov. 1901.) B. verwirft vollständig die sogenannte Abortivbehandlung, hält von den anderen Methoden die Irrigationsmethode für die beste und beschreibt dieselbe des Näheren. Er beginnt mit einer Lösung von 1:4000 Kal. permang., mit welcher man allmählich bis auf 1:1000 steigt. Nach jeder Irrigation, die ersten zwei bis drei Wochen zweimal, später einmal täglich vorzunehmen, injiziert Br. noch eine Spritze voll 2%iger Protargollösung, welche 5—10 Minuten zurückzuhalten ist. Später (nach 2—3 Wochen) sollen der Irrigation statt der Protargolinjektionen stets solche von Zink-, Bleilösungen oder beiden zusammen folgen. Nachdem der Urin klar und Ausfluſs und Gonokokken verschwunden sind, macht Br. noch einmal wöchentlich einen Monat lang die Irrigationen. Seitdem er auf diese Weise verfährt, hat er niemals eine Chorda erlebt, sind keine Komplikationen vorgekommen und die Dauer der Krankheit war eine abgekürzte. Von inneren Mitteln giebt Br. die ersten Wochen hindurch alkalische und diuretische (Natr. bicarb. zweimal täglich ca. 4 g, Kal. acet. 0,3—1,25 täglich, auch Methylenblau (0,06) und Acid. boric. (0,3) kombiniert in Pillen) und erst später die Balsamica; strenge diätetische Vorschriften, wie Alkohol-, Rauchverbot, sind auch bei dieser Kur einzuhalten. *Stern-München.*

Die lokale Behandlung der Blennorrhoe, von E. O. Bardwell-Emporium. (*Med. News.* 29. Sept. 1901.) Auf Grund zwanzigjähriger Praxis verwirft Verfasser nun vollständig die internen sog. Specifica (Sandelöl, Copaiva, Cubeben), da sie nur in genügend hohen Dosen wirksam sind, dann aber unzweifelhaft den Magen schädigen und die Nieren schwächen und jede unnötige Reizung irgend eines normalen Organs zu beklagen wäre. Als mildes, nicht reizendes Diuretikum, speziell in den ersten Stadien der Krankheit, empfiehlt B. hingegen Kal. citric. (oder Lith. oder Natr. citr.), entweder allein oder kombiniert mit Hyoscyamus. Von den lokalen Mitteln hat er die alten, bisher gebräuchlichen, fast alle über Bord geworfen und ist nun eifriger Anhänger der Protargolbehandlung; nur in den Fällen, wo ein Fehler in der Methode gemacht wurde, gelang es nicht, eine Blennorrhoe in weniger als 14 Tagen (sic! Ref.) zu heilen. B. fand es sehr wichtig, daſs die Lösung warm injiziert, daſs sie in groſser Menge — zwei volle Spritzen dreimal täglich — angewandt werde und wenigstens 5 Minuten lang in der Harnröhre verbleibe; er sah nie irgend welche schlimme Folgen von der 2%-Lösung und würde nicht zögern, wenn nötig, bis zu einer 5%igen zu steigen. Beschreibung von sieben Fällen, welche die glänzenden Resulte der Protargolbehandlung — meist Heilung nach 14 Tagen — wohl zu illustrieren vermögen. *Stern-München.*

Zur Protargolbehandlung der Blennorrhoe, von Jesionek-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 45.) Nach den an der Münchener dermatologischen Klinik gemachten Erfahrungen bedeutet die Einführung des Protargols in die Blennorrhoebehandlung einen ganz wesentlichen therapeutischen Fortschritt. Die Vorzüge einer rationellen Protargolbehandlung liegen darin, daſs es mit Hilfe derselben bei einer groſsen Anzahl von Kranken gelingt, in sehr kurzer Zeit die spezifischen Krankheitserreger zu vernichten, das Wiederauftreten derselben dauernd zu ver-

hindern und damit eine rasche Heilung des Krankheitsprozesses einzuleiten. Dagegen kann von einer absoluten Reizlosigkeit des Protargols ebensowenig die Rede sein, wie von einer Abkürzung der Tripperbehandlung durch dasselbe. Voraussetzung für eine gute Wirkung des Protargols ist, dafs nur frisch und mit kaltem Wasser hergestellte Lösungen verwendet und dafs dieselben vor der Applikation nicht erwärmt werden; denn bei der Zubereitung der Lösungen mit warmem Wasser, beim Erwärmen und wahrscheinlich auch bei längerem Stehen derselben zersetzt sich das Protargol durch Abspaltung des Silbers. Glycerin zur Herstellung der Lösungen zu verwenden ist nicht statthaft, weil Glycerin in sehr vielen Fällen die Harnröhrenschleimhaut stark reizt. — Bezüglich der an der Münchener Klinik üblichen Methodik der Behandlung ist zu erwähnen, dafs bis zum Verschwinden der Gonokokken möglichst zahlreiche und möglichst prolongierte Injektionen gemacht werden. Die Behandlung der Urethritis posterior geschieht vorzugsweise durch einmal täglich wiederholte Einführung von elastischen, geknöpften, mit 10%iger Protargol-Kakaobutter überzogenen Bougies, die 10—30 Minuten liegen bleiben. *Götz-München.*

Über den Wert und die Anwendungsweise des Protargols bei der Bekämpfung der Blennorrhoe, von J. Plato. (*Die Heilkunde.* 1901. No. 8.) Verfasser sieht in dem Protargol das geeignetste Mittel für die allgemeine Praxis, weil es durch schnelle Abtötung der Gonokokken die Verschleppung infektiösen Materials verhindert, weil es nur wenig reizt und der Entzündung und Eiterung, d. h. den natürlichen Abwehrerscheinungen des Organismus, nicht entgegenwirkt, endlich weil es nicht so leicht wie andere Mittel dazu verführt, einen scheinbaren Erfolg für einen wirklichen zu halten. Der Patient entzieht sich deshalb nicht so leicht der Behandlung vorzeitig, weil die Eiterung nicht vor dem Verschwinden der Gonokokken versiegt. Es werden sodann die in der Neisserschen Klinik üblichen, bereits von Scholtz mitgeteilten Behandlungsmethoden wiedergegeben. Bei schmerzhaften Injektionen ist ein 1%iger Eukain- (fällt leicht aus!), resp. 3%iger Antipyrinzusatz empfohlen. Zum Schlufs betont Verfasser die Notwendigkeit der allerdings von den praktischen Ärzten meist ganz vernachlässigten regelmäfsigen Gonokokkenuntersuchungen, ohne die eine rationelle Behandlung des Trippers und eine sichere Beurteilung der Heilung nicht möglich ist. *A. Strauſs-Barmen.*

Verschiedenes.

Ein Dermoidcystenpartikelchen (Haare) hustender Säugling, von B. Medvei. (*Gyógyászat.* 1901, No. 46.) Verfasser wurde zu einem 3½ Monate alten Säuglinge gerufen, der seit 10—12 Tagen krampfhaft hustete, nur in aufrechter Lage leichter atmete, in liegender Stellung Erstickungsanfälle bekam. Die objektive Untersuchung ergab über dem Sternum eine Kindhand grofse Dämpfung, der Brustkorb war daselbst etwas vorgewölbt. Einige Tage darauf hustete das Kind während eines Erstickungsanfalles eine grofse Menge einer schleimigen Masse aus, in welcher mit freiem Auge zahlreiche Haare zu sehen waren. Die mikroskopische Untersuchung dieser Schleimmasse ergab Eiterkörperchen, verhornte Epithelzellen, Fetttröpfchen, Fettkrystalle, Farbstoffpartikelchen, Haematoidin- und Cholestearinkrystalle; Haare, deren medullare, corticulare und cuticulare Schicht sehr gut zu unterscheiden war, in einzelnen

Haaren fehlte der Farbstoff, in anderen die Markschichte. Diese schleimige Masse wird von dem Kinde zeitweise unter krampfhaften Husten und Erstickungsanfällen in gröfserer Menge ausgehustet, worauf für einige Zeit eine gewisse Erleichterung im Atmen eintritt und die Dämpfung über dem Sternum abnimmt. Die Röntgenuntersuchung ergab ein negatives Resultat. — Es handelte sich in diesem Falle um eine Dermoidcyste im vorderen Mediastinalraume, welche in einen gröfseren Bronchus durchbrach. Die Prognose ist eine zweifelhafte, indem die einzige Therapie der operative Eingriff wäre, welcher in diesem zarten Alter nicht viel zu Hoffnungen ermuntert. Der Fall ist in seiner Art ein Unikum, in der Litteratur sind blofs sieben Fälle aufzufinden, welche aber alle bei Erwachsenen vorkommen.

A. Alpár-Alexandria.

Die Krankenpflege, Monatsschrift für die gesamten Zweige der Krankenpflege und Krankenbehandlung in Wissenschaft und Praxis, nennt sich eine neue, von Prof. Martin Mendelsohn-Berlin herausgegebene Zeitschrift (Verlag von Georg Reimer-Berlin). Die Krankenpflege ist, wie der Herausgeber in der „Einführung" auseinandersetzt, der Inbegriff der gesamten Fürsorge, welche der Arzt dem Kranken zum Zwecke seiner Genesung zuwendet. Sie kann nicht mehr von den Ärzten allein ins Werk gesetzt werden; es bedarf Vieler, um sie zu ermöglichen. Ausschliefslich Domäne des Arztes ist die angewandte, die medizinische Krankenpflege (Hypurgie); der Mitarbeit vielfacher Berufskreise bedarf er für die technischen Mittel der Krankenpflege, für den Krankenkomfort; ein weiterer, wichtiger Zweig ist die soziale Krankenpflege, die alle die staatlichen und privaten Organisationen zur Versorgung Kranker umfafst; und zu ihr tritt dann noch die ausübende, berufliche Krankenpflege, die Krankenwartung, hinzu. Für alle diese vielfältigen Bestrebungen soll die neue Zeitschrift ein Centralorgan sein. Das erste Heft bringt Aufsätze namhafter Autoren, unter den wir hervorheben: Carl Gerhardt, Betrachtungen über Epidemien in Kurorten; Herrmann Schaper, Bemerkungen über Krankenhausanlagen; Friedrich v. Esmarch, Die Fortschritte des Samariterwesens in Deutschland; F. v. Winckel, Über die Ausbildung von Wochenbett- und Krankenpflegerinnen. Ein Blick auf das Verzeichnis der Autoren, die ihre Mitarbeit zugesagt haben, belehrt uns, dafs „Die Krankenpflege" eine wertvolle Bereicherung unserer Litteratur bildet und gegenüber dem Auseinanderweichen in Einzelfächer und Spezialitäten den Zusammenschlufs aller Heilbestrebungen in der Medizin bedeutet. Wir wollen nicht verfehlen, die Kollegen besonders auf die neue Zeitschrift hinzuweisen. *A. Loewald-Graudenz.*

Dermatoplastische Mitteilungen, von Rudolf Brauchbar. (*Wien. klin. Rundsch.* 1901. No. 48.) Aus der Klinik von Lang, der bekanntlich die Exstirpation des Lupus und den plastischen Ersatz der exstirpierten Teile mit gutem Erfolge übt, stammen die vorliegenden Mitteilungen. Sie betreffen neben Fällen von Lupus vulgaris auch einige andere krankhafte Zustände (Keloid, Naevus, Narbenkontrakturen etc.). Hervorzuheben ist die Entfernung sehr ausgedehnter Narbenkeloide des Rückens ohne Rezidiv; dabei ist bemerkenswert, dafs die genähten Stellen später härter waren als die nach Thiersch transplantierten. — Operiert wird meistens unter Lokalanästhesie. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXXIV. No. 8. 15. April 1902.

Neue Untersuchungen über Kollagenfärbung.

Von

P. G. Unna.

Einleitung.

Ich wurde vor einem halben Jahre vor die Aufgabe gestellt, den Artikel: „Kollagen" für das Handbuch der tinktoriellen Histologie, herausgegeben von Ehrlich und Krause, zu bearbeiten. Eine Durchsicht der spärlichen Litteratur über die spezifischen Färbungen des Kollagens überzeugte mich, dafs dem heutigen Bedürfnisse nach derartigen Methoden noch durchaus kein Genüge geschehen ist. Hauptsächlich fehlt es uns noch an guten und sicher zu handhabenden Methoden, um die feinsten Kollagenfibrillen von Protoplasmaausläufern tinktoriell zu trennen, während für die Differenzierung des Kollagens vom Elastin und von der glatten Muskulatur unsere Methodik bereits genügend fortgeschritten erscheint. Aber auch auf diesem Gebiete ist über den so wichtigen Einfluss der Fixationen auf die verschiedenen Kollagenfärbungen praktisch noch wenig bekannt und systematisch kaum gearbeitet worden. Die Leichtigkeit, das Kollagen überhaupt in irgend einer Kontrastfarbe darzustellen, hat, wie mir scheint, die irrtümliche Annahme veranlafst, dafs wir für die Zwecke einer exakten tinktoriellen Analyse, soweit sie das Kollagen betrifft, ausreichend mit Methoden versehen seien. Die in den kurzen Lehrbüchern der Färbetechnik angegebenen Methoden, wie beispielsweise die Eosin-, die Pikrokarminfärbungen sind nur zur Darstellung des Kollagens an Übersichtsbildern geeignet; zum Zwecke einer scharfen tinktoriellen Diagnostik in unklaren Fällen lassen sie sich nicht verwenden.

Ich mufste daher von neuem gröfsere Versuchsreihen über die färberischen Eigenschaften des Kollagens und der übrigen Elemente des Bindegewebes ausführen, deren Resultate mir wertvoll genug zu sein scheinen, um an dieser Stelle, wo meine ersten Mitteilungen über die spezifische Färbung des Kollagens[1] erschienen, einen Platz zu finden.

[1] S. *diese Zeitschrift*, 1894, Bd. 18, S. 509.

Bei der an und für sich grofsen Ausdehnung einer solchen Untersuchung erschien von vornherein eine Beschränkung geboten, sowohl in Bezug auf die zu bearbeitenden Fixationen und Färbungen, als auch in Bezug auf die verschiedenen Bindegewebsformationen.

Was zunächst die Fixationen betrifft, so erschien es mir notwendig, nicht sowohl alle gerade zur Zeit gebräuchlichen anzuwenden, sondern darauf zu sehen, dafs von allen verschiedenen Klassen unserer Fixierungsmittel einige prägnante und sich gegenseitig ergänzende Paradigmata gewählt wurden, wobei natürlich die wertvollsten bevorzugt werden mufsten. Aus der Klasse der Säuren wählte ich: Chromsäure (1%), Pikrinsäure (1%) und Salpetersäure (1%) und zwar die Chromsäure, um ihre Wirkung auf die Färbungen mit derjenigen der chromsauren Salze vergleichen zu können, die Pikrinsäure, weil dieselbe zugleich Fixierungs- und Färbemittel ist und es zu erwarten war, dafs damit fixierte Gewebe bestimmte Färbungen vor anderen bevorzugen würden,[1] und die Salpetersäure als gebräuchlichstes Entkalkungsmittel für Knochen enthaltendes Bindegewebe.

Von den Salzen wählte ich: Kali bichromicum ($2^1/_2$%), da es der hauptsächliche Bestandteil wichtiger Fixationsmischungen ist (Müller, Erlicki, Zenker), Sublimat (7,5 gr + 0,5 NaCl ad 100 aq.), ebenfalls in Zenkers Mischung vorhanden und Kupferacetat, da die Kupfersalze neuerdings als Beize für Nerven- und Fettgewebe vielfach gebraucht werden.

Unter den gebräuchlichen Mischungen bevorzugte ich Müller und Flemming als die wertvollsten, sodann Erlicki (Kali bichromicum 2,5, Cupr. sulfur 0,5, aq. ad 100) und Hermann (2% Osmiumsäure 4 Teile, 1% Platinchlorid 15 Teile, Eisessig 1 Teil). Die Präparate aus Erlickis Mischung gaben Anlafs, die auch einzeln untersuchten Chrom- und Kupfersalze in ihrer kombinierten Wirkung zu beobachten; die Schnitte aus Hermanns Flüssigkeit erläuterten durch den Vergleich mit den Flemmingschnitten, da Osmium- und Essigsäure in beiden gleich vorhanden ist, den Unterschied der Chromsäure und des Platinchlorids auf die späteren Färbungen. Zenkers Flüssigkeit, obwohl viel gebraucht, wurde nicht in den Kreis der Untersuchung gezogen, da ihre Wirkung sich aus der der Müllerschen Lösung und des Sublimates leicht ableiten läfst.

Die beiden wichtigsten, einfachen Härtungsmittel: Alkohol und Formalin eingerechnet, waren mithin nicht weniger als zehn Fixationsmittel in Bezug auf ihre Wirkung auf die Kollagenfärbungen zu untersuchen.

---

[1] Es stellte sich auch wirklich heraus, dafs beispielsweise die Pikrinschnitte Wasserblau besonders gut fixieren.

Unter den Färbungen, welche für das Kollagen in Betracht kamen, glaubte ich mir in Bezug auf die ungenauen Methoden aus früherer und neuerer Zeit eine grofse Beschränkung auflegen zu dürfen im Vergleich mit den exakteren neueren, wenn auch komplizierteren Kollagenfärbungen. So konnten die meisten der aus früherer Zeit stammenden Pikrokarminmethoden aufser acht gelassen werden; als ihren einzigen Repräsentanten wählte ich die von mir angegebene: Pikrocochenillefärbung, die grade so viel und so wenig leistet, wie die zahlreichen Pikrokarminmethoden. Unter den vielen Eosingegenfärbungen des Kollagens wählte ich als die heutzutage gebräuchlichsten diejenigen aus, in denen die Eosinfärbung mit Haematein- und mit Thioninfärbungen kombiniert wird.

Viel wertvoller als Eosin für die Kollagenfärbung ist bekanntlich das Säurefuchsin und so mufste ich der vollständigen Übersicht halber die (modifizierte) VAN GIESON-Methode, meine Säurefuchsin-Pikrin-Methode, die Methylenblau — Säurefuchsin + Tannin-Methode und die Säurefuchsin + Orange + Methylgrün — Methode einer vergleichenden Prüfung unterziehen. Die entsprechende Wasserblaufärbung des Kollagens ist durch die Safranin — Wasserblau + Tannin-Methode vertreten, die äufserst wertvolle Orcëinfärbung durch die Methylenblau — Orcëinmethode und die Orcëin — Methylenblau — Glycerinäther — Methode. Die Gentiana — Jod-Färbung des Kollagens benötigte die Heranziehung der Gentiana + Anilin — Jod — Methode von BENECKE und der Gentiana + Alaun — Jod — Methode von mir. Endlich untersuchte ich die einfache Haemateinfärbung des Kollagens wegen des bekannten und neuerdings wichtig gewordenen Einflusses der Kupfer- und Chrombeizen auf dieselbe. Noch einige andere Versuche übergehe ich hier, da sie bald aufgegeben wurden, z. B. mit der neuen Hollunderbeerfarbe. Immerhin blieben von bekannten Methoden noch 13 übrig, deren Verhalten zu den Fixationen geprüft zu werden verdiente.

Eine sehr wichtige Vorfrage betraf die Auswahl der Bindegewebsformen, welche diesen Fixationen und Färbungen zu unterziehen waren. Obwohl gerade die Pathologie des Kollagens den gröfsten Vorteil aus der Untersuchung ziehen sollte, glaubte ich von der Benutzung pathologischen Materials zunächst ganz absehen zu müssen, einfach aus dem Grunde, weil dasselbe nicht annähernd in der konstanten Beschaffenheit und Reichlichkeit zu erlangen ist wie das der normalen Gewebe. Eine stets gleichmäfsige Zusammensetzung des Materials ist aber für derartige, sich über Monate erstreckende, vergleichende Versuchsreihen eine notwendige Bedingung. Durch eine geeignete Auswahl der normalen Bindegewebsformationen kann man aber sehr wohl diejenigen Fälle mit berücksichtigen, welche für die Pathologie des Bindegewebes besonders in Frage kommen. So hat beispielsweise das sogenannte Reticulum der tuberkulösen Granu-

lome und der meisten Granulome überhaupt sein Vorbild in dem retikulären Bindegewebe der Lymphdrüsen, in Bezug auf welches auch die Frage seiner Zugehörigkeit zum dichten Kollagen (der Haut und Fascien) noch offen ist. Die verschiedenen Arten des reinen festgewebten Kollagens wurden durch Benutzung der Sehne, der Zwerchfellsmitte, der Cornea und Sklera geprüft, das lockere und ödematöse durch Benutzung der Subcutis, des Mesenteriums und der Wundgranulationen. Der Einfluſs eingelagerten Elastins und glatter Muskeln ergab sich aus der Untersuchung der Lunge, Pleura, Aorta und Cutis.[3] Während die Resultate der verschiedenen Fixationen und Färbungen im einzelnen mannigfach genug ausfielen und da sie sich gegenseitig zum Teil ergänzen, in ihrer Verschiedenheit erst ein vollständiges Bild der tinktoriellen Qualitäten des Kollagens abgeben, also nicht entbehrt werden können, erschien, je mehr die Versuchsreihe sich ihrem Ende näherte, die Ausdehnung aller Fixationen und Färbungen auf alle differenten Formen des Kollagens immer weniger notwendig, indem diese Differenzen sich im allgemeinen als unwesentliche und hauptsächlich physikalische herausstellten. Es ist ein folgerichtiges Ergebnis der chemischen Theorie der Fixation und Färbung, daſs ein und dieselbe chemische Substanz, als welche die „leimgebende" betrachtet wird, auch in ihren verschiedenen Formen dieselben Affinitäten aufweisen muſs. Umgekehrt spricht die Thatsache, daſs trotz der auffallenden Differenzen, wie sie uns das feste, lockere und retikuläre Kollagen bieten, die tinktoriellen Affinitäten sich im groſsen und ganzen gleichbleiben, für den wesentlich gleichen chemischen Charakter der strukturell verschiedenen Kollagene des tierischen Körpers. Und andererseits ergiebt sich für die Bewertung der verschiedenen Färbemethoden der Satz, daſs diejenigen als allgemein empfehlenswert bevorzugt zu werden verdienen, welche — wie z. B. die (modifizierte) VAN GIESON-Methode unter den verschiedensten äuſseren Verhältnissen das Kollagen in spezifischer Weise hervorheben, während andere, bei denen diese äuſseren Verhältnisse eine groſse und nicht immer aufgeklärte Rolle spielen, wie z. B. die Gentiana—Jod—Methoden, höchstens für einzelne Fälle zu reservieren sind. Nur diejenigen Methoden endlich

---

[3] Trotz der angegebenen Beschränkung erforderten allein die obigen Paradigmata (12 Fixationen × 13 Färbungen × 12 Gewebe) schon über 1800 Versuche. Durch die Ausarbeitung der neuen, verbesserten Methoden wuchs die Zahl natürlich — ganz abgesehen von vielen vergebenen Versuchsreihen — weit über das Doppelte. Derartige Untersuchungen mögen Autoren von der Art des Herrn VON MARSCHALKÓ allerdings „weitschweifig" (*Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 30, S. 18) vorkommen; sie sind aber für einen wirklichen Fortschritt der Wissenschaft unerläſslich. Daſs sich dem aufmerksamen Beobachter bei diesen methodischen Studien regelmäſsig nebenbei eine Reihe neuer Thatsachen ergiebt, ist selbstverständlich und wird auch dieses Mal aus den sich anschlieſsenden Artikeln über einige neue Kollagenmethoden, über Epithelfaserung u. a. hervorgehen.

sind als wirklich gute zu bezeichnen, welche das Kollagen unter allen Umständen tinktoriell scharf hervorheben und zwar bei ein- und zweiseitigen Doppelfärbungen immer in gleichbleibender Kontrastfarbe, wie sehr auch die Qualität und Quantität des zugemischten differenten Gewebes wechseln möge.

Nach dem Gesagten halte ich es für das Praktischste, von den Bindegewebsformationen vorderhand abzusehen, die Abschnitte nach den Färbemethoden zu gliedern und innerhalb derselben vor allem den Einfluſs der Fixationen zu besprechen, wobei der der Formationen gelegentlich durch eingestreute Bemerkungen berücksichtigt werden wird.

I.

Die n. Orcëin — pol. Methylenblau — Glycerinäther — Methode.

1. 1% neutr. Orcëinlösung 15 Min.
2. in Alkohol absol. oder 80% gut abspülen.
3. Wasser (kurz).
4. Pol. Methylenblaulösung 2—5 Min.
5. in Wasser kurz abspülen.
6. Glycerinäther-Mischung 1 : 3 aq. 1—2 Min.
7. Wasser (gut abspülen).
8. Alkohol absol., Öl, Balsam.

Diese Art der Orcëinanwendung wurde zu dem Zwecke angegeben, um neben dem Kollagen die feineren Zellenausläufer in blauer Kontrastfarbe (und die glatten Muskeln in bläulicher) darzustellen, welche bei der einfachen, gewöhnlichen Methylenblau — Orcëin — Methode (Abschnitt II) durch das nachfolgende Orcëin gröfstenteils umgefärbt werden. Die Methode war ursprünglich nur für Alkoholschnitte und für die Haut bestimmt. Diese Punkte müssen bei Beurteilung der folgenden Mitteilungen wegen der durch andere Fixationen wesentlich veränderten tinktoriellen Reaktion des Protoplasmas wohl im Auge behalten werden. Denn wo die letztere schon durch die Fixation ungünstig beeinfluſst wird, entfällt auch eigentlich jeder Grund, diese umständlichere, wenn auch bei Alkoholschnitten feinere Methode für andere Fixationen zu verallgemeinern.

Die stärkste Orcëinfärbung nimmt das Kollagen bei dieser Methode an nach Fixation in Alkohol, Formalin und Sublimat, eine wesentlich schwächere nach Fixation in Pikrinsäure, Salpetersäure, Chromsäure, Kupferacetat, Kali bichromicum und deren Mischungen: Müller und Erlicki, weiter nach Fixation in Hermann und Flemming. Hierbei bleibt das Elastin gleichzeitig entweder ganz ungefärbt (Pikrinsäure) oder wird etwas mitgefärbt, ohne jedoch hervorzutreten (Alkohol, Sublimat, Salpetersäure, Müller, Erlicki) oder es färbt sich etwas stärker als das Kollagen (Chromsäure). Eine starke und daher als solche brauchbare

Mitfärbung des Elastins, bei der es wesentlich dunkler erscheint als das Kollagen, ergeben nur die Fixationen in Formalin und HERMANN; zuweilen auch solche in Kupferacetat. Die dergestalt mit neutraler Orcëinlösung gefärbten Formalinschnitte entsprechen etwa Alkoholschnitten, die mit einer nur schwach sauren Orcëinlösung gefärbt sind.

Bekanntlich erteilen die Metallverbindungen Osmiumsäure und Platinchlorid den elastischen Fasern eine „künstliche Basophilie". Diese Veränderung des Elastins durch Osmiumsäure führte seiner Zeit zur Entdeckung der ersten spezifischen Tinktionen des Elastins mittelst Dahlia (UNNA) und Viktoriablau (LUSTGARTEN). Platinchlorid wirkt aber in dieser Richtung noch stärker und besonders mit Osmiumsäure zusammen in der HERMANNschen Lösung. Daher kommt es, dafs nach Fixation in HERMANN das schon bei der ersten Färbung vor dem Kollagen hervorgehobene, dunkel orcëinrote Elastin bei der Gegenfärbung in stark methylenblaues Elastin umgefärbt wird. Die FLEMMINGpräparate verhalten sich inkonstanter in dieser Beziehung. Wo viel Elastin ist (Aorta), wird dasselbe bläulich, wo viel Kollagen ist (Haut) bleibt es meist orcëinfarben. (Vergl. Abschnitt II.) Vielleicht ist für manchen Leser die Bemerkung hierbei nicht überflüssig, dafs man das Methylenblau selbstverständlich in vorzüglicher Weise auf dem veränderten Elastin durch nachträgliche Beizen (Tannin, Jod) fixieren kann, wie denn bei der bekannten Methylenblau-Tannin-Methode in FLEMMINGpräparaten die elastischen Fasern stets schön blau hervortreten.[4]

Untersucht man übrigens die durch die Methode gefärbten FLEMMINGschnitte genauer, so findet man das Kollagen allerdings relativ schwach gefärbt, aber strukturell ausgezeichnet gut definiert. Diese Bemerkung führte zu Versuchen, die Orcëinfärbung auf FLEMMINGschnitten zu verstärken, die auch gelangen und eine recht schöne Färbungsmethode für Kollagen ergaben. (Näheres darüber im Abschnitte XIII.)

Überblickt man diese Resultate, so wird man die chromsauren Salze als Fixationsmittel für diese Methode ausschliefsen (Kali bichrom., MÜLLER, ERLICKI), ebenso besser Pikrinsäure und Salpetersäure. Dagegen können Gewebe aus Formalin und Sublimat sehr gut mittelst derselben auf Kollagen gefärbt werden. Aber auch diese können nicht mit der Alkoholfixation konkurrieren, wenn es gleichzeitig auf die Darstellung der feineren Protoplasmaausläufer und die Differenzierung zwischen Kollagen und Muskelfasern ankommt. Nur die HERMANNfixation, bei welcher neben genügender Orcëinfärbung des Kollagens, die Muskeln, das Protoplasma

[4] Die Methylenblau-Tannin-Methode ist von mir nur für Elacin (d. i. spontan basophiles Elastin) empfohlen worden. KRZYSZTALOWICZ hat sie dann für FLEMMINGschnitte (d. i. künstlich basophiles Elastin) mit Recht zum Range einer bevorzugten Elastinmethode erhoben. Siehe *diese Zeitschrift*. Bd. 30. S. 275. 1900.

und Elastin sich blaugefärbt gut vom Kollagen abheben, schliefst sich ausnahmsweise der Alkoholfixation an. Aus der Reihe der zur Verallgemeinerung geeigneten Kollagenmethoden scheidet aber die n. Orcein — pol. Methylenblau — Glycerinäther — Methode nach dem Gesagten aus.

II.

Die pol. Methylenblau — n. Orcein-Methode.

1. Pol. Methylenblaulösung 10 Min.
2. Wasser (gut abspülen).
3. Schnitt auf dem Spatel mit Fliefspapier etwas entwässern.
4. 1%ige spirituöse neutrale Orceinlösung 15 Min.
5. Alkohol. absol. (zur Entwässerung).
6. Bergamottöl.
   Falls der Schnitt noch zu blau ist, Wiederholung von 5 und 6.
7. Balsam.

Diese Art der Orceinanwendung, bei welcher allerdings in den Kauf zu nehmen ist, dafs die neutrale Orceinlösung manche methylenblaue Protoplasmaausläufer umfärbt und unkenntlich macht, ist andererseits bedeutend einfacher und zur Verallgemeinerung viel geeigneter. Aufserdem tritt das zuletzt und länger (15 Minuten) gefärbte Kollagen in stärkerem Orceinrot natürlich noch schärfer hervor. Diese stärkere Orceinfärbung bewirkt auch, dafs von künstlich basophil gemachten elastischen Fasern nur die in Hermannschnitten blau gefärbt bleiben, die in Flemmingschnitten stets wieder orceinrot umgefärbt werden. Aufser bei den letztgenannten Fixationen wird das Elastin auch bei Formalin- und Chromsäurefixation hervorgehoben und zwar in dunkler Orceinfarbe, dort mehr als hier.

An den Flemmingschnitten ist das Kollagen stärker gefärbt als bei Befolgung der ersten Orceinmethode; es ist nicht rein orceinfarben, sondern bläulich-bräunlich und dokumentiert damit eine primäre Aufnahme und Fixation von Methylenblau. Zugleich ist die tinktorielle Definition der fibrillären Struktur noch besser als bei der vorigen Methode, sodafs der Gedanke nahegelegt wurde, gerade diese Methode durch eine leichte Modifikation zu einer besonderen, wertvollen Kollagenmethode umzugestalten. Da die hierzu angestellte Versuchsreihe jedoch zu einer Methode führte, in welcher Methylenblau keine ausschlaggebende Rolle mehr spielt, so werde ich dieselbe in einem besonderen Abschnitte mitteilen. (Abschnitt XIII.)

Aufser an Flemmingschnitten wird bei dieser Methode das Kollagen stark gefärbt, aber ohne Hervortreten der fibrillären Struktur, nach Fixation in Alkohol, Sublimat, Kali bichrom., Erlicki und Kupfersalz. Bei diesen Fixationen heben sich auch die Muskeln durch eine bläuliche

Beimischung zu ihrem Orcëinrot oder Orcëinbraun scharf vom Kollagen ab und da sich das Protoplasma (Spongioplasma) der Bindegewebszellen ähnlich, wenn auch schwächer basophil als die glatte Muskulatur verhält, so leistet diese Methode bei obigen Fixationen an Differenzierung des Kollagens von Muskeln und Protoplasma alles, was man von ihr erwarten kann. Die FLEMMINGschnitte dagegen zeigen die Differenz von Kollagen einerseits, Muskeln und Protoplasma andererseits bei dieser Methode darin, daſs ersteres orcëinfarben, letztere Substanzen vollkommen entfärbt (hell) erscheinen. In dieser sehr brauchbaren Differenzierung schlieſst sich die Chromsäure eng an FLEMMING an, was darauf schlieſsen läſst, daſs es im FLEMMINGschen Gemisch gerade die Chromsäure ist, welche die Affinität zum Methylenblau so stark herabsetzt. Da nach der Chromsäurefixation Muskeln und Protoplasma bei dieser Methode ganz hell bleiben und das Elastin stärker als das Kollagen sich mit Orcein färbt, so ist dieselbe für die vorliegende Methode sehr geeignet, trotzdem das Kollagen im ganzen nur einen schwachen Orcëinton annimmt. Hierin wird sie noch von der Salpetersäurefixation übertroffen, bei der das Kollagen ganz schwach orcëinfarben wird, die aber vollkommen unbrauchbar ist, da Muskeln und Protoplasma ebenso schwach und dabei undifferenziert bleiben. Aus einem anderen Grunde ist HERMANN für diese Methode nicht zu empfehlen; das Kollagen färbt sich so stark in einer Mischfarbe zwischen blau und braun, daſs alle etwaigen Differenzen von Elastin, Protoplasma und Muskeln verschwinden; bei HERMANNschnitten ist also ausnahmsweise die vorige Methode weitaus besser als diese. Eine besondere Gruppe endlich bilden die Fixationen mittelst Pikrinsäure, Formalin und MÜLLER. Hier wird allerdings das Kollagen stark und schön orcëinfarben, Protoplasma und Muskulatur nehmen aber auch in solchem Grade Orcëin und so wenig Methylenblau an, daſs eine scharfe Differenzierung von diesen Substanzen unmöglich ist. Diese Fixationen kommen mithin für die vorliegende Methode nur in Betracht, wo auf einfache Weise eine Kern — Kollagen-Färbung als Übersichtsbild erzielt werden soll.

Aus allem zusammengenommen ergiebt sich, daſs die pol. Methylenblau — n. Orcëin-Methode im Gegensatz zur ersten Methode einer Verallgemeinerung fähig ist und zwar eignen sich zu guten, differenzierenden Kontrastfärbungen vor allem Schnitte aus Alkohol, Sublimat, Kupfersalz, ERLICKI, Kali bichrom., Chromsäure und FLEMMING. Zu Übersichtsbildern können dienen: Schnitte aus Pikrinsäure, Formalin und MÜLLER. Unbrauchbar erweisen sich solche aus Salpetersäure und HERMANN.

III.

Die pol. Methylenblau — Säurefuchsin + Tannin — Methode.

1. Pol. Methylenblaulösung 2—5 Min., um so länger, je dünner der Schnitt.
2. Wasser, gut abspülen.
3. (½%) Säurefuchsin + (33%) Tannin-Mischung 10—15 Min.
4. Destilliertes Wasser: lange abspülen. (Leitungswasser: kurz abspülen.)
5. Alkohol. absol., Öl, Balsam.

Im Gegensatze zu Orcein ist Säurefuchsin ein ganz reines Kollagenfärbemittel, welches auch bei stärkstem Säurezusatz keine Verwandtschaft zum Elastin offenbart. Auch die Fixationen mit Chromsäure und Formalin, welche das Hervortreten des Elastins bei Färbung mit neutraler Orceinlösung begünstigen, lassen diese Beizwirkung dem Säurefuchsin gegenüber vermissen, sodafs beispielsweise auch die mit Formalin und Chromsäure fixierte Aorta bei dieser Methode ihre breiten, elastischen Bänder als rein weifse, wellige Streifen inmitten des roten Kollagens zeigt, genau wie die mit den übrigen Fixationsmitteln behandelte Aorta. Wegen dieser spezifischen Verwandtschaft zum Kollagen ist die obige Säurefuchsinmethode sehr geeignet, mit einer (vorhergehenden) spezifischen Darstellung des Elastins in Kontrastfarbe kombiniert zu werden.

Die schwache Seite dieser Methode, soweit sie die Darstellung des Kollagens betrifft, liegt in ihrer Empfindlichkeit gegenüber den Schwankungen der Oxyphilie des Gewebes, ein Faktor, welcher im allgemeinen ihre Stärke ausmacht. Denn sie ist eine der beiden gebräuchlichen Übersichtsmethoden, um die basophilen und oxyphilen Substanzen eines Gewebes tinktoriell zu scheiden und nur dadurch auch eine Kollagenmethode, weil das letztere stark oxyphil ist. Alle Umstände daher — und dieses sind leider nicht blofs pathologische Veränderungen —, welche die Oxyphilie des Kollagens modifizieren, bedingen fleckweise auftretende Bläuungen (Methylenblaufärbungen), die allerdings meist sofort als zufällige Fehler erkannt werden, aber doch die allgemeine Verwendung der Methode zur Kollagendarstellung einschränken und stets eine sehr behutsame Technik notwendig machen. Die Umstände, welche eine fleckweise und inkonstante Basophilie des Kollagens erzeugen, sind in erster Linie partielle Eintrocknungen der Schnitte, besonders an den Rändern, wie sie z. B. bei nicht genügender Umgiefsung der Celloidinblöcke mit Celloidin bei deren Aufstellung leicht eintreten, sodann aber bestimmte Fixationen mit gerbenden Mitteln überhaupt. In erster Linie schädigend wirken in dieser Richtung: Formalin, die Kupfersalze und Erlicki, welche daher als fixierende Mittel ganz auszuschliefsen sind. Die Unbrauchbarkeit von Erlicki ist um so auffallender, als gerade die Chromsalze und Müller, welche sonst dem Erlicki fast in allen Beziehungen

sich analog verhalten, umgekehrt die besten Fixationen für diese Methode darstellen — leicht begreiflich, da bei ihnen das Kollagen niemals schrumpft, sondern eher etwas quillt und jedenfalls gut konserviert wird. Der schädliche Einfluſs von ERLICKI ist mithin allein auf das darin befindliche Kupfersalz zurückzuführen. Weniger konstante Färbungen als die Fixationen mit Chromsalzen und der denselben anzureihenden Salpetersäure geben diejenigen mit Alkohol, Sublimat, Pikrinsäure und Chromsäure. Bei letzterer fällt auch wie bei Pikrin- und Salpetersäure die Tiefe der Säurefuchsinfärbung nicht so bedeutend aus wie bei der Alkohol- und Sublimatfixation. Ganz eigene Färbungen ergeben mit dieser Methode: FLEMMING und HERMANN. Bei beiden findet sich ein schöner Kontrast von kirschrotem Kollagen mit künstlich basophil gemachten, blauen elastischen Fasern. Aber während bei FLEMMING dadurch die Methode überhaupt zu einer guten, sicheren und eleganten sich gestaltet, scheitert sie bei HERMANN wieder an dem Umstande, daſs auſser den blauen elastischen Fasern auch fleckweise blaue Umfärbungen des Kollagens vorkommen, was mithin auf eine inkonstante, künstliche Basophilie des Kollagens durch Platinchlorid zurückzuführen ist. Es ist also ganz derselbe Umstand, welcher die Fixationen in: ERLICKI und HERMANN bei dieser Methode unmöglich macht, gegenüber den Fixationen: MÜLLER und FLEMMING.

Die Ausdehnung dieser bei guter Ausführung ausgezeichneten Methode beschränkt sich demgemäſs auf die Fixationen in Alkohol, Sublimat, Pikrinsäure, Chromsäure, Salpetersäure, Kali bichrom., MÜLLER und FLEMMING und zwar sind die drei letzten Fixationen die empfehlenswertesten. Ausgeschlossen sind: die Kupfersalze, ERLICKI, HERMANN und Formalin.

Schliefslich möge noch erwähnt werden, was nach der obigen Auseinandersetzung selbstverständlich ist, daſs diese Methode niemals dazu dienen kann, das Kollagen scharf vom Protoplasma der Bindegewebszellen zu trennen, da beide Substanzen oxyphil sind. Auch eine gute Trennung von dem trotz seiner Oxyphilie ungefärbt bleibenden Elastin ist nur durch eine geeignete Kontrastfärbung zu ermöglichen, auſser bei FLEMMING, wo das Elastin künstlich basophil gemacht ist.

IV.

Die Safranin-Wasserblau + Tannin — Methode.

1. 1% wässerige Safraninlösung 10 Min.
2. Wasser, gut abspülen.
3. (1%) Wasserblau + (1%) Salzsäure + (33%) Tannin-Mischung 10—15 Min.
4. Destilliertes Wasser: lange abspülen. (Leitungswasser: kurz abspülen.)
5. Alkohol. absol., Öl, Balsam.

Diese Wasserblau-Methode ist gleichsam die Umkehrung der vorigen. Das Safranin vertritt das Methylenblau bei der Kernfärbung und das Wasserblau das Säurefuchsin bei der Kollagenfärbung. Da das Wasserblau auch zu den Sulfosalzen der Rosanilingruppe gehört, so zeigt es — wie das Säurefuchsin — nur Verwandtschaft zum Kollagen und keine zum Elastin; auch in Bezug auf seine Empfindlichkeit gegenüber künstlich fleckweise basophil gemachtem Kollagen verhält es sich wie das Säurefuchsin und besitzt daher dieselben Inkompatibilitäten. Eine Differenz zwischen beiden Methoden, die jedoch nicht wesentlich ist, wird durch die weit geringere Haltbarkeit der Kernfärbung durch Safranin gegenüber der durch Methylenblau bedingt, was zur Folge hat, dafs die verschiedenen Fixationen hier viel mehr Einfluſs auf die schlieſsliche Kernfärbung der Präparate besitzen. Demgemäfs wird die Beurteilung der Färbung hier nicht bloſs auf die Schärfe, Konstanz und Tiefe der Kollagenfärbung, sondern auch auf die Kernfärbung in jedem Falle Rücksicht zu nehmen haben. Um letzteren Punkt gleich vorweg zu nehmen, so wird in Bezug auf die Güte der Kernfärbung die Alkoholfixation nur durch die mit Salpetersäure übertroffen, während die Fixationen mit Sublimat, Kupferacetat, Pikrinsäure, Chromsäure und Formol derjenigen mit Alkohol ungefähr gleichkommen. Entschieden abgeschwächt wird die Kernfärbung durch die Fixationen mit Kali bichrom., Müller, Erlicki, Flemming und Hermann.

Eine Verbesserung der blauen Kollagenfärbung gegenüber der Alkoholfixation erzielt man nur mittelst Pikrinsäurefixation. Äquivalent der Alkoholfixation sind diejenigen mit Salpetersäure, Kali bichrom., Müller, Erlicki und Flemming, während durch Fixation mit Sublimat, Kupferacetat und Chromsäure die Wasserblaufärbung entschieden abgeschwächt wird. Noch schlechter fällt die letztere bei Formalin- und Hermann-schnitten aus, da in diesen das Kollagen in hohem Grade die künstliche, fleckweise Basophilie zeigt. Daher sind auch die mit Hermann fixierten Schnitte nicht als Elastinpräparate zu verwerten, obwohl darin das Elastin künstlich basophil gemacht und safraninrot gefärbt wird, da es zum Teil in safraninrotes Kollagen eingeschlossen ist. Vortrefflich dagegen ist die Elastinfärbung (rot) neben der Kollagenfärbung (blau) bei den Flemming-schnitten.

Hiernach sind als Fixierungsmittel im allgemeinen wegen der gleichzeitig guten Kollagen- und Kernfärbung eigentlich nur zu empfehlen: Alkohol, Salpetersäure, Pikrinsäure und wegen der gleichzeitig guten Kollagen- und Elastinfärbung (neben minder guter Kernfärbung): Flemming.

V.

Die Säurefuchsin + Pikrin-Methode (modifizierte VAN GIESON-Methode).

Säurefuchsin	0,25
Pikrinsäure	1,5
Salpetersäure	1,5
Glycerin	10,0
Wasser ad	100,0

Zuerst wird die Pikrinsäure in Wasser gelöst, dann Glycerin zugesetzt, in der erhitzten Mischung das Säurefuchsin gelöst und zuletzt die Salpetersäure tropfenweise zugegeben.

1. Die obige Säurefuchsin-Pikrin-Mischung 5—10 Minuten.
2. Alkohol. absol., Öl, Balsam.

Bei der Übertragung der VAN GIESON-Methode vom Centralnervensystem auf die meisten übrigen Gewebe und speziell das Blutgefäfsbindegewebe haben sich in allen Laboratorien eigene Modifikationen eingebürgert, da die genauen Gewichtsverhältnisse speziell für die beste Kollagenfärbung bisher nicht durch gröfsere Versuchsreihen festgestellt sind und auch je nach Material und Art der Fixation Veränderungen unterliegen, die noch im einzelnen zu untersuchen sind. Obige Formel ist die in meinem Laboratorium zunächst für Alkoholschnitte eingeführte und gebräuchliche.

Die besondere Güte dieser Methode für die Differenzierung des Kollagens (rot) einerseits von Protoplasma, Muskelsubstanz und Elastin (gelb) andererseits, beruht auf der gleichzeitigen Anfärbung der Substanzen, welche zu beiden Farben eine verschiedene Verwandtschaft besitzen; sie teilt diesen Vorzug der reinen Farbengebung ohne Dazwischentreten von Mischfarben mit allen einzeitigen Doppelfärbungen und Mehrfachfärbungen, kurz gesagt mit der Verwendung von polychromen Lösungen. Aber der feinere und schärfer charakterisierende Gegensatz von kirschroter Säurefuchsin- zu strohgelber Pikrinfärbung tritt nicht immer in seiner Reinheit auf; häufig nimmt das Kollagen etwas Pikrinsäure, das Protoplasma etwas Säurefuchsin an, sodafs ein weniger wünschenswerter Kontrast zwischen gelblichrotem Kollagen und orangegelbem Protoplasma entsteht. Einen wesentlichen Einfluſs auf diese Nüancierung der Farben hat die Fixation des Gewebes. Diejenige in Chromsäure, FLEMMING und HERMANN giebt dem Kollagen ein reines Säurefuchsinrot, während bei den übrigen Fixationen mehr oder weniger Pikringelb sich unter sonst günstigen Umständen dem Rot zumischt. Die erstgenannten bewirken auch zugleich eine kräftigere Färbung des Kollagens, in welcher Beziehung sich ihnen die Fixierung in ERLICKI anschliefst, während Alkohol-, Sublimat-, Formalin- und MÜLLERschnitte eine merklich schwächere, Salpetersäure-, Kupfersalz-, Kali chromat.- und Pikrinsäureschnitte eine noch schwächere Säurefuchsinfärbung des Kollagens unter sonst gleichen Umständen aufweisen.

Jene für den Ausschluſs oder die Mitwirkung der Pikrinsäure bei der Kollagenfärbung maſsgebenden Umstände könnte man in dem Verhältnis von Kollagen und Protoplasma im vorliegenden Gewebe einerseits oder dem quantitativen Verhältnis von Pikrinsäure zum Säurefuchsin in der Lösung andererseits, oder endlich in einer Beziehung dieser beiden Verhältnisse zueinander zu suchen geneigt sein. Auf diesen Punkt hin gerichtete Versuche haben nun ergeben, daſs das quantitative Verhältnis von Protoplasma zum Kollagen für die Reinheit der Säurefuchsinfärbung nicht wesentlich in Betracht kommt, oder mit anderen Worten, daſs — im übrigen günstige Färbebedingungen vorausgesetzt — die Differenzierung zwischen kirschrotem Kollagen und strohgelbem Protoplasma gleich gut ist, mag es sich um kollagenreiche normale Haut und Bindegewebstumoren oder um protoplasmareiche Drüsen, Epitheltumoren und Plasmome handeln. Viel mehr kommt es auf das quantitative Verhältnis beider Farben in der Lösung in erster Linie an. Jedes Gewebe, welches bereits Pikrinsäure aufgenommen und dadurch gleichsam „angesäuert“ ist, hat naturgemäſs eine Neigung, noch andere saure Farben, wie Säurefuchsin zur Geltung kommen zu lassen; denn einerseits ist es ein allgemeines Gesetz, daſs saure Farben in Gegenwart von freier Säure — und als solche können wir die lose gebundene und leicht auszuwaschende Pikrinsäure wohl betrachten — stärker und echter färbt, andererseits findet diese Aufnahme einer zweiten sauren Farbe an dem erstaufgenommenen, relativ kleinen Molekül der Pikrinsäure kein Hindernis. Demgemäſs färbt sich ein beliebiger Gewebsschnitt, welcher zuerst mit Pikrinsäure diffus gefärbt wird, nachträglich mit Säurefuchsin diffus, dunkel und relativ echt in wechselnder Mischfarbe. Ganz dasselbe geht aber in geringerem Grade auch bei der einseitigen Doppelfärbung dann vor sich, wenn äuſsere Umstände eine solche Umfärbung begünstigen. Derartiger Umstände giebt es hauptsächlich zwei, eine zu groſse Quantität von Säurefuchsin in der Lösung und eine zu lange Dauer der Färbung. Lösungen, die relativ viel Säurefuchsin enthalten, geben, besonders bei längerer Färbung, auch diese Farbe in geringerem Grade an die pikringefärbten Teile ab und färben dieselben orangegelb. Daraus folgt, daſs man suchen muſs, mit dem gerade nötigen Minimum von Säurefuchsin auszukommen und nicht länger zu färben, als bis die gewünschte Nuance gerade erreicht ist. Wählt man aber — wegen der Protoplasmen und ähnlicher Substanzen im Gewebe — Lösungen mit einem Säurefuchsinminimum, so entsteht aus den eben angeführten Gründen die Gefahr, daſs das Kollagen auſser dem Säurefuchsin etwas als Beize dienende Pikrinsäure mit anzieht und sich demgemäſs mehr oder weniger gelbrot färbt. Diesen Übelstand vermeidet man nun wieder einfach dadurch, daſs man die Pikrinsäure teilweise durch eine ungefärbte Mineralsäure ersetzt, welche die Beizung des Säurefuchsins auf dem Kollagen

übernimmt, ohne das letztere gelb zu färben. Ich habe als solche die Salpetersäure gewählt. In der That geht aus einer Vergleichung von Präparaten, die sich nur dadurch unterscheiden, dafs der eine Teil der Schnitte mit, der andere ohne Salpetersäurezusatz zu derselben Säurefuchsin-Pikrinlösung gefärbt sind, hervor, dafs bei den ersteren keine Konkurrenz der Pikrinsäure bei der Kollagenfärbung mehr stattfindet. Gleichzeitig wächst die Intensität der Säurefuchsinfärbung erheblich, sodafs man mit viel geringerem Farbgehalte auskommt. Eine weitere Begünstigung der reinen Säurefuchsinfärbung des Kollagens bewirkt ein Zusatz von Glycerin, welcher die Einwirkung der Komponenten der Farblösung auf einander bis zum Momente des Ausfärbens verhindert und das letztere regelmäfsiger vor sich gehen läfst. Der Glycerinzusatz endlich erlaubt und erfordert sogar eine etwas längere Färbedauer (statt 20, 10 Minuten). Nach diesen Überlegungen ist die obige Vorschrift der Pikrinsäure-Säurefuchsinlösung entstanden und sie hat sich für die Zwecke der Kollagenfärbung bewährt.

VI.

Die Säurefuchsin-Pikrinsäure-Methode.

1. 1% Säurefuchsinlösung 10 Min.
2. Destilliertes Wasser.
3. 1% wässerige Pikrinsäurelösung 1—2 Min.
4. 5% alkohol. Pikrinsäurelösung 1—2 Min.
5. Alkohol. absol., Öl, Balsam.

Im Gegensatze zu der Säurefuchsin + Pikrinsäure — Methode liefert diese 1894 von mir angegebene, zweizeitige Säurefuchsin-Pikrinsäure-Methode in den meisten Fällen eine weniger bedeutende Farbendifferenz als jene, nämlich zwischen Gelbrot (Kollagen) und Orange (Protoplasma); nur in wenigen Fällen, z. B. bei Fixation in Chromsäure, tritt gar keine Differenzierung auf, da das Säurefuchsin überall festgehalten und nicht durch Pikrinsäure ersetzt wird. Während diese Eigenschaft des geringeren Farbenkontrastes als ein Nachteil der Methode zu betrachten ist, hat sie vor der einzeitigen Doppelfärbung in vielen Fällen den Vorteil, gleichzeitig eine Kernfärbung (rot) und eine sehr intensive Färbung der roten Blutkörperchen (rot) neben der des Kollagens (gelbrot) zu geben.

Die beste und reinste Färbung des Kollagens in tiefem, relativ bläulichem Rot zeigen die Fixationen mit Pikrinsäure, Chromsäure und Flemming; schwächer aber von derselben Nuance ist sie nach Fixation in Müller, Erlicki, Hermann. Gelbrot und stark gefärbt erscheint das Kollagen an Alkohol-, Sublimat-, Formalin- und Kali bichromat.-Schnitten, gelbrot und schwach gefärbt nach Fixation mit Kupfersalz und Salpetersäure.

Dunkel- und zwar bläulichrot — mithin vom Kollagen gar nicht unterschieden — ist das Protoplasma nur an Chromsäure- und FLEMMING-schnitten. Ein ins Gelbliche spielendes Orange zeigt das Protoplasma nach Fixierung in Pikrinsäure, MÜLLER, ERLICKI und Kupfersalz, ein ins Rot spielendes an HERMANNschnitten. Rein gelb erscheint es nach Fixation in Alkohol, Sublimat, Formalin und Kali bichromicum.

Die relativ beste Differenzierung zwischen Kollagen und Protoplasma liefern daher Alkohol-, Sublimat-, Kali bichromicum-, Formalin-, Pikrinsäure-, MÜLLER-, ERLICKI- und HERMANN-Fixationen, und zwar bei den ersten vier zwischen gelb (Protoplasma) und gelbrot (Kollagen), bei den letzten vier zwischen orange (Protoplasma) und bläulichrot (Kollagen).

Die Kerne treten stark rot gefärbt hervor an Kupfersalz-, Formalin-, Chromsäure- und FLEMMINGschnitten, weniger gleichmäfsig und intensiv gefärbt an Alkohol-, Salpetersäure-, Pikrinsäure- und Sublimatpräparaten; gar kein Säurefuchsin halten die Kerne fest in Schnitten und Geweben, die mit HERMANN, Kali bichrom., MÜLLER und ERLICKI fixiert waren.

Gerade die letztgenannten Fixationen mit Chromsalzen: Kali bichrom., MÜLLER, ERLICKI, dann weiter: Chromsäure, FLEMMING und in etwas geringerem Grade auch Pikrinsäure und Formalin haben nun die wichtige Eigenschaft, die roten Blutkörperchen so zu beeinflussen, dafs sie mit dieser Methode (nicht mit der VAN GIESON-Methode) tiefrot gefärbt hervortreten und die Präparate geradezu den Eindruck gelungener Gefäfsinjektionen hervorrufen. Wo daher diapedetische und rhektische Blutaustritte im Bindegewebe zur Untersuchung gelangen, ist die Fixierung in Chromsalzen und Färbung mit der zweizeitigen Säurefuchsin-Pikrin-Methode vorteilhaft zu verwenden. Dieselbe Eigenschaft besitzen die Fixationen in Alkohol, Salpetersäure, HERMANN und Kupfersalz nicht, Sublimat nur in sehr schwachem und ungenügendem Grade. Als eine besondere Eigenschaft der FLEMMINGfixierung, welche auf die gleichzeitige Wirkung der Osmiumsäure (Veränderung des Elastins), Chromsäure (Beize für Säurefuchsin) und Pikrinsäure (nachträgliche Beize des Säurefuchsins) zurückzuführen ist, mag endlich noch erwähnt werden, dafs mit dieser Methode eine hübsche Elastinfärbung erzielt wird, nämlich eine dunkelrote auf dem Hintergrund des gelbroten Kollagens. Diese Färbung ist theoretisch interessant, da sie beweist, dafs osmiertes Elastin nicht blofs basische Farben elektiv fixiert, sondern unter dem Einflufs geeigneter Beizen auch saure. Die vorherige Chrombeize ist gewifs ein vortreffliches Fixationsmittel für Säurefuchsin, denn nur sie zeigt bei der vorliegenden Methode alle verschiedenen Substanzen (Kollagen, Protoplasma, Kerne, rote Blutkörperchen) stark säurefuchsinrot gefärbt. Aber sie genügt doch beispielsweise nicht, um in den osmierten und zugleich chromierten FLEMMINGschnitten dasselbe Säurefuchsin auf den elastischen Fasern zu

fixieren, wenn diese vorher mit dem basischen Methylenblau in Berührung waren; denn die FLEMMINGschnitte zeigen bei der Methylenblau-Säurefuchsin + Tannin-Methode (Abschnitt III) die elastischen Fasern blau auf rotem Grunde (allerdings in einem etwas rotstichigen Blau). Das osmierte und chromierte Elastin hat mithin für Säurefuchsin eine Verwandtschaft, aber nur eine geringe. Das beweist auch die einzeitige Säurefuchsin + Pikrinsäuremethode (VAN GIESON-Methode); denn die hiernach gefärbten FLEMMINGschnitte zeigen das Elastin gelb, nicht rot; das Eintauchen in Alkohol nach der Färbung hat das lose gebundene Säurefuchsin vom Elastin schon wieder getrennt. Wenn die elastischen Fasern dagegen dunkelrot hervortreten, sobald zuerst Säurefuchsin, dann Pikrinsäure in wässeriger Lösung zur Wirkung gelangt und dann erst (Pikrinsäure haltiger) Alkohol, wie in der vorliegenden Methode, so ergiebt sich eben, dafs das osmierte und chromierte Elastin nur dann Säurefuchsin elektiv fixiert, wenn es nachträglich auch noch mit Pikrinsäure gebeizt wird. Wir hätten hier also bei dieser Elastinfärbung mit Sicherheit eine dreifache Beizung (mit Osmiumsäure, Chromsäure und Pikrinsäure) anzunehmen.

VII.

Die Säurefuchsin + Orange + Methylgrün — Methode (EHRLICH-BIONDI-HEIDENHAIN-Methode).

1. Lösung (von GRÜBLER bezogen), mit Essigsäure angesäuert ½ Stunde.
2. Destilliertes Wasser.
3. Alkohol absol., Öl, Balsam.

Ich habe diese Methode, die wegen des Gehaltes der Farblösung an Säurefuchsin und Orange selbstverständlich zum Färben des Kollagens verwandt werden kann, einer genaueren Prüfung unterzogen, da sie von verschiedenen Seiten auch als allgemeine Übersichtsmethode empfohlen worden ist. Für eine solche ist sie aber viel zu schwierig zu handhaben und zu ungleichmäfsig in den Resultaten. Ihre schwache Seite ist der Umstand, dafs sie keine Triacidmischung, sondern eine Mischung von zwei sauren und einer basischen Farbe ist und dafs sowohl das Säurefuchsin wie das Methylgrün gegen Schwankungen der Reaktion sehr empfindlich sind. Um mit der von mir gebrauchten, von GRÜBLER-HOLLBORN bezogenen Mischung das Kollagen überhaupt rot zu färben, mufs man die Lösung etwas ansäuern. Dadurch wird aber nicht blofs die methylgrüne Kernfärbung abgeschwächt, sondern vor allem die feinere Differenzierung zwischen rotem Kollagen und orangefarbenem Protoplasma (und Muskeln), auf welcher die Stärke der Methode ruht, verwischt und eine diffuse Rotfärbung leicht herbeigeführt. Um den kleinen Vorteil zu

genieſsen, in einer einzigen Färbung zugleich die Kerne mit den Interzellularsubstanzen und dem Protoplasma zu färben, muſs der für die Kollagenfärbung viel wichtigere Vorteil einer Differenzierung des Protoplasmas und der Muskelsubstanz von dem ebenfalls oxyphilen Kollagen in den meisten Fällen aufs Spiel gesetzt oder geradezu preisgegeben werden. Allerdings kann man auf regressivem Wege, durch Überfärben und Eintauchen der Schnitte in schwach alkalisches Wasser, z. B. unser gewöhnliches kalkhaltiges Leitungswasser, die gewünschte Differenz zwischen Grün, Rot und Orange häufig einigermaſsen gut hervorbringen. Aber dieser umständliche Weg lag nicht in der Absicht der Autoren, führt selten zu gelungenen und haltbaren Präparaten und ist vor allem nichts weniger als eine lehrbare und einfache Methode. Liegt einem nur eine Färbung des Kollagens und der Kerne am Herzen, dann sind die vier folgenden, ein- und zweizeitigen Methoden ungleich sicherer und einfacher. Will man aber die feineren Qualitäten der beiden sauren Farben: Säurefuchsin und Orange für die Differenzen innerhalb der Gruppe der oxyphilen Substanzen ausnutzen, dann stört die Beigabe des basischen Kernfärbemittels, dessen Rolle durch eine vorherige Kernfärbung wie bei der Säurefuchsin + Pikrin-Methode leicht zu ersetzen wäre. Man merkt der Methode an, daſs sie ursprünglich nur für allerfeinste Gewebe, nämlich Blutpräparate, ersonnen war und wenn sie später in der Hand technisch hervorragender Forscher, wie HEIDENHAIN, für feine Differenzierungen in Schnitten sich brauchbar erwies, so war daran wesentlich die vorgängige Beizung der Gewebe schuld.

Meine Aufgabe bestand mithin darin, diese von mir für Alkoholpräparate verlassene Methode auf ihr Verhältnis zu sämtlichen übrigen Fixationen zu untersuchen. Da stellte es sich denn zu meiner Überraschung heraus, daſs von den 12 Fixationen nur die in FLEMMING den wertvollen Kontrast zwischen brauner Zell- und Muskelsubstanz und rotem Kollagen scharf und mühelos hervorbringt. Bei Behandlung der FLEMMING-Schnitte ist es auch gleichgültig, ob man progressiv oder regressiv färbt; die Differenz zwischen den genannten Bestandteilen ist immer gleich deutlich, so stark oder schwach die Färbung ausfällt. Die Kerne nehmen allerdings keine Methylgrünfärbung an. Diese gute Kontrastfärbung findet sich auch nicht bei den der FLEMMINGschen Mischung nahe stehenden Fixationen in Chromsäure und HERMANN.

Legt man lediglich Gewicht auf eine gut kontrastierende Rotfärbung des Kollagens und Grünfärbung der Kerne, so stehen die Fixierungen in MÜLLER und Formalin allen übrigen voran. Dieselben Präparate zeigen überdies eine Rotfärbung der Hornschicht und roten Blutkörperchen. Hier findet sich auch konstant an Hautschnitten ein Farbenkontrast derart, daſs der Papillarkörper samt oberster Cutisschicht eine rein rote, die

mittlere und untere Cutisschicht eine mehr orangerote Färbung annimmt. Die Färbung des Zellprotoplasmas und der Muskeln kontrastiert aber nicht genügend von der des Kollagens.

In zweiter Linie kommen erst die Fixationen in Sublimat, Ehrlich und Kali bichromicum, und ganz unzuverlässig verhalten sich die Schnitte aus Alkohol-, Pikrinsäure-, Chromsäure-, Salpetersäure-, Kupfersalz- und Hermannpräparaten.

Eine wertvolle Bereicherung der Kollagenmethoden bietet diese Färbung also nur für Flemmingschnitte, kann aber hierbei durch eine einfache Säurefuchsin + Orange-Mischung vorteilhaft ersetzt werden (siehe Abschnitt XIV).

VIII.

Die Eosin-Methoden.

(Die Thionin-Eosin-Methode und die Hämatein-Eosin-Methode.)

Diese beiden Methoden können kurz zusammen besprochen werden, da die für uns wesentliche Eosinfärbung des Kollagens bei beiden dieselbe ist. Sie werden heute noch vielleicht öfter als alle anderen Methoden zur Kenntlichmachung des Kollagens neben Kernen in Übersichtsbildern verwandt und sind zu diesem Zwecke ja auch, schon des angenehmen Farbenkontrastes wegen, ganz brauchbar. Das Eosin hat aber eine viel zu ausgedehnte Verwandtschaft zu allen oxyphilen Substanzen, als daß diese Methoden für wissenschaftliche Untersuchungen feinerer Art über Kollagen Wert hätten. Weder seine fibrilläre Struktur, noch seine Grenzen gegenüber dem Protoplasma, der Muskelsubstanz und dem Elastin werden scharf hervorgehoben. Es steht in dieser Beziehung nicht nur hinter dem Orcëin, Säurefuchsin und Wasserblau, sondern auch hinter dem Orange zurück; alle Substanzen, die nicht stark basophil sind, wie das Kernchromatin und Granoplasma, färben sich in diffuser und homogener Weise schön rosa.

Immerhin war es von Interesse, zu untersuchen, ob unter den 12 Fixationen nicht doch eine sei, welche die Affinitäten des Eosins für die oxyphilen Substanzen modifizierte, so wie Flemming bei der Methode von Ehrlich-Biondi-Heidenhain. In der That verhalten sich Hermannschnitte eigentümlich zu Eosin, welches weder bei der Hämateinvorfärbung noch bei der Thioninvorfärbung von ihnen aufgenommen wird; das Kollagen erscheint bei ersterer blafs graublau, bei der zweiten dunkelblau, mit noch dunkleren, blauen elastischen Fasern.

Bei allen übrigen Fixationen wird das Eosin in verschiedenem Grade vom Kollagen fixiert und zwar am besten und intensivsten an Schnitten von Sublimat-, Pikrinsäure-, Flemming- und Ehrlichpräparaten, etwas

weniger stark an solchen von MÜLLER- und Kali bichrom.-, und nur sehr wenig an solchen von Alkohol-, Salpetersäure-, Chromsäure-, Kupfersalz- und Formalinpräparaten.

IX.

Die Hämatein-Methode.

Die verschiedenen Hämateinfärbungen wurden früher eigentlich nur zu Kernfärbungen verwandt, bis WEIGERT, HEIDENHAIN u. a. sie mittelst der Anwendung von Beizen auch zur Färbung der verschiedensten anderen Gewebe heranzogen. Darüber sollte nicht vergessen werden, dafs Hämatein auch ohne Beizen eine Kollagenfärbung giebt, welche sogar viel distinkter ist als diejenige mit Eosin, vorausgesetzt, dafs nicht durch nachträgliche Säurebehandlung die Kollagenfärbung aufgehoben und die Hämateinfärbung regressiv in eine reine Kernfärbung verwandelt wird. Es lohnte sich daher eine Untersuchung des Einflusses der verschiedenen Fixationen, unter denen ja auch mehrere metallische Beizen sich befinden. Zur Hämateinfärbung diente mir einerseits die von GRÜBLER und HOLLAND bezogene DELAFIELDsche Lösung, andererseits die H_2O_2 enthaltende Lösung nach meiner Vorschrift; beide Lösungen gaben dieselben Resultate.

Die beste Färbung mit scharfer Abgrenzung der noch dunkler gefärbten Protoplasma- und Muskelsubstanz ergiebt die Kupfersalzfixation, die fast ebenso gute die mit Sublimat und HERMANN. Bei letzterer gehen auch noch die elastischen Fasern dunkelblau vom Kollagen ab, während Muskel und Protoplasma blafs bleiben. Diesen Fixationen schliefsen sich dann noch ERLICKI und Formalin an. Die übrigen Fixierungen ergeben nur blafsblaue kollagene Fasern, auch die mit FLEMMING.

X.

Die Pikrokarmin-Methoden.

Ich wählte die Pikrocochenillefärbung als Repräsentanten aller verschiedenen Pikrokarminfärbungen, welche in Bezug auf Kollagen-Kernfärbungen ungefähr dasselbe vor zehn Jahren repräsentierten, was heute die Hämatein-Eosin-Methoden und ähnliche vorstellen. In allen diesen Karmin- und cochenillehaltigen Mischungen nimmt die Pikrinsäure einen mehr oder minder grofsen Anteil an der Kollagenfärbung, im Gegensatz zu der einzeitigen Säurefuchsin + Pikrin-Methode, wo die Pikrinsäure die Kollagenfärbung möglichst hinter dem Säurefuchsin zurücktreten soll. Dementsprechend wechselt die Farbe des Kollagens hier vom schwachen Gelb- bis zum tiefen Rotbraun. Für unsere Zwecke befriedigend kann sie nur genannt werden, wo die Protoplasma- und Muskelsubstanz in der Farbe scharf kontrastieren. Das ist hauptsächlich der Fall bei FLEMMING-,

Kupfersalz- und Sublimatschnitten, in denen das Kollagen bräunlich, das Protoplasma rein gelb erscheint und in Formalinschnitten, wo das letztere grau gefärbt ist. Diese Färbungen sind daher als gute zu bezeichnen.

Ganz unbrauchbar für diese Methode sind andererseits die Hermann-schnitte, da sie sich fast gar nicht färben und die in Müller fixierten, da keine Differenzierung vorhanden ist.

In der Mitte stehen an Brauchbarkeit die Fixationen in Alkohol, Salpetersäure, Pikrinsäure, Chromsäure, Kali bichrom. und Erlicki, bei denen wohl eine Differenz in der Färbung vom Protoplasma und Kollagen vorhanden, die Färbung selbst aber schwach ist.

Ganz ähnlich wie bei den Hämateinmethoden liefern also auch hier die Metallfixierungen die brauchbarsten Bilder.

XI.

Die Gentiana-Methoden.

(Die Gentiana + Anilin — Jod — Methode [Benecke] und die Gentiana + Alaun — Jod — Methode [Unna]).

Bei Besprechung der Beneckeschen Methode äufserte ich mich 1894[5] folgendermafsen: „Alle Jod-Gentiana-Methoden, welche der Anilin-entfärbung auf dem Objektträger bedürfen, gehören nicht zu den einfachen Prozeduren und auch nicht zu den Annehmlichkeiten in der Histologie. Daher sind sie immer nur dort empfehlenswert und werden sich einbürgern, wo sie wenigstens in einer Hinsicht unersetzlich sind. Das scheint nun mit der Beneckeschen Methode der Kollagenfärbung in der That der Fall zu sein. Dieselbe ergänzt die einfacheren, bisher angegebenen Methoden durch die vorzügliche, tinktorielle Auflösung der Bündel in einzelne Fibrillen. Überall daher, wo es auf den Nachweis ankommt, dafs die fibrilläre Struktur des kollagenen Gewebes noch besteht oder im Gegenteil zerstört ist, sodann beim Studium der Bindegewebsgrenze und bei der Verfolgung der einzelnen Fasern bis an die epithelialen Einlagerungen scheint mir die Jodmethode zur Zeit unentbehrlich zu sein."

In den verflossenen acht Jahren habe ich trotz der angegebenen Vorzüge nur einen sehr spärlichen Gebrauch von den Gentiana-Jod-Methoden für die Kollagenfärbung gemacht, obwohl mir an der Untersuchung der Intercellularsubstanzen bei pathologischen Verhältnissen stets sehr viel gelegen war. Der Grund lag in einer Unzulänglichkeit der Methoden selbst, die mir bei der ersten Studie darüber gar nicht aufgefallen war. Zunächst gelangen überhaupt die Versuche mit dieser Methode weder nach der Beneckeschen noch nach meiner Vorschrift, sobald

[5] Unna, Die spezifische Färbung des Kollagens. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 18. S. 515.

es sich um bestimmte neue Objekte handelte, z. B. garnicht an der normalen Haut; bei Abfassung jener Studie hatte ich pathologisch veränderte Haut verschiedener Herkunft, besonders spitze Kondylome benutzt, um gleichzeitig die Epithelfaserung zu studieren. Auch Benecke hat schon darauf aufmerksam gemacht, dafs verschiedene Formen des Bindegewebes weniger gut auf diese Methode ansprechen; andererseits sagte ich mir, dafs an diesen Mifserfolgen vielleicht die Alkoholhärtung Schuld sei, der ich für die Protoplasmauntersuchung im allgemeinen den Vorzug gebe und war daher gespannt auf die Untersuchungsreihe, welche die Gentiana-Jod-Methoden in ihrer Anwendung auf die in verschiedenster Weise fixierten Gewebe (speziell Haut und Aorta) zeigte. Es war daher eine nicht geringe Enttäuschung für mich, dafs beide Gentiana-Jod-Methoden auch auf den anders fixierten Geweben durchweg keine guten Resultate ergaben. Allerdings waren hier und da gute Stellen in den Präparaten vorhanden, wo die fibrilläre Struktur der dickeren Kollagenbündel scharf hervortrat und es zeigte sich weiter, dafs die mit Chromsäure fixierten Gewebe derartige gute Stellen häufiger aufwiesen als andere; aber von einer regelmäfsig guten, aufschliefsenden Färbung konnte doch nirgends die Rede sein. Insofern konnte ich auch Beneckes Angaben bestätigen, was ich nach Alkoholschnitten früher nicht vermochte, dafs das Elastin im allgemeinen eine Metachromasie gegenüber dem Kollagen zeigte. Die metachromatische rote Färbung des Elastins wiesen die meisten Fixierungen in ziemlich regelmäfsiger Weise auf, vor allem gut die Präparate aus Chromsäure, chromsaurem Kali, Erlicki und Müller. Für die Kollagenfärbung war damit freilich nichts gewonnen.

Bessere Resultate erreichte ich erst, als ich die Methoden auf pathologisch veränderte Haut anwandte und eine genauere Vergleichung zeigte nun, dafs die besonders gelungenen Stellen solche waren, wo die Bindegewebsbündel in lockerem Bindegewebe frei lagen und die bekannten lockigen Formen annahmen und weiter dort, wo sie vereinzelt in andersartigem Gewebe, zwischen Muskelbündel, Epithelmassen eingesprengt erschienen. Die in denselben Schnitten vorhandenen Massen gestreckt verlaufender, sich gegenseitig kreuzender dicker Balken von Kollagen waren aber sehr viel schlechter gefärbt und oft garnicht einmal fibrillär gezeichnet.

Durch diese Beobachtungen scheint mir das Launenhafte der Gentiana-Jod-Methoden erklärt und da ich zu derselben Zeit in der Orcëinfärbung der Flemmingschnitte eine Kollagenfärbung gefunden hatte, welche auf das leichteste und in regelmäfsigster Weise die fibrilläre Struktur in jedem Falle zeigt, so verzichtete ich auf die weitere Verfolgung der Gentiana-Jod-Methoden. Nur in einer Beziehung habe ich auch hierin einen kleinen Fortschritt zu verzeichnen, welcher den mit Gentiana-Jod-Methoden arbeitenden Forschern vielleicht willkommen sein wird. Die

Studien an den Flemmingschnitten hatten mir gezeigt, dafs die n. Orcinfärbung der Fibrillen mit einer leichten Maceration der Bündel des Kollagens einhergeht. Es kam mir daher der Gedanke, dafs vielleicht auch bei den Gentiana-Jod-Methoden die Aufschliefsung der fibrillären Struktur mit der bekannten macerierenden Eigenschaft des Jods zusammenhinge. Daraufhin liefs ich die mit Gentiana gefärbten Schnitte eine ganze Nacht in dem Jod-Jodkali-Wasser und fand in der That ein weit schöneres Strukturbild des Kollagens nach der Entfärbung mit Anilin-Xylol als bei der gebräuchlichen, kurzen Jodeinwirkung. An den gestreckten Bündeln führte aber auch diese Modifikation keine Verbesserung des Strukturbildes herbei.

Abgesehen vielleicht von ganz einzelnen Fällen, wo die Gentiana-Jod-Methoden aus anderen Gründen vorgezogen werden, halte ich dieselben im allgemeinen für die Untersuchung des Kollagens nicht mehr für zweckmäfsig. Die im folgenden zu besprechenden Orcinmethoden haben ihnen den Rang abgelaufen.

XII.
Resultate.

In den voraufgehenden Abschnitten habe ich die bisher zur Darstellung des kollagenen Gewebes gebräuchlichsten Färbemethoden einzeln in Bezug auf ihre Anwendbarkeit auf verschieden fixiertes Gewebe untersucht. Es könnte bei oberflächlicher Betrachtung scheinen, als ob wir für alle verschiedenen Arten der Fixierung über eine hinreichende Anzahl guter Färbemethoden verfügten, selbst wenn wir die Gentiana-Jod-Methoden als unzuverlässig ausscheiden. Thatsächlich aber ist mit diesen bisherigen Methoden den exakten Bedürfnissen der Histologie noch durchaus kein Genüge geschehen; mit den meisten derselben, und gerade mit den universell brauchbaren, können wir nur die massigeren Teile des Kollagengewebes scharf durch Kontrastfarbe hervorheben. Feinere Unterscheidungen knüpfen sich lediglich an den Gebrauch einzelner Fixationen und Färbemethoden. Die folgende Tabelle wird diese Verhältnisse übersichtlich erkennen lassen.

In dieser Tabelle habe ich übersichtlich die gefundenen Resultate zusammengestellt, welche durch das Zusammenwirken der 10 Färbemethoden mit den 12 Fixationen für die Darstellung des Kollagens sich ergeben haben. In derselben bedeutet o die Nichtanwendbarkeit der Methode, × die Anwendbarkeit ohne besondere Vorzüge, ×× die Erzielung besonders guter Bilder des Kollagens, und ××× einen in seiner Art einzigen Vorzug. Die letztere Auszeichnung erhielt nur die erste Methode (1a) für die gute Abgrenzung des Kollagens vom Spongioplasma der Bindegewebszellen an Alkoholschnitten, die zweite (2k) für die gute Darstellung der fibrillären

Färbemethoden:	a Alkohol	b Formalin	c Pikrinsäure	d Salpeters.	e Chroms.	f K. bichr.	g Müller	h Erlicki	i Cu-Salz	k Flemming	l Hermann	m Sublimat	Zahl	Güte
1. n. Orcein — p. M.-Blau	×××	×	o	o	o	o	o	o	o	o	××	×	4	7
2. p. M.-Blau — n. Orcein.....	××	×	×	o	××	××	×	××	××	×××	o	××	10	18
3. p. M.-Blau-S.-Fuchsin + Tannin	×	o	×	×	×	××	××	o	o	××	o	×	8	11
4. Safranin-Wasserblau + Tannin	××	o	××	××	×	×	×	×	×	××	o	×	10	14
5. S.-Fuchsin + Pikrinsäure.....	×	×	×	×	××	×	×	××	×	××	××	×	12	16
6. S.-Fuchsin — Pikrinsäure	×	×	×	o	×	×	×	×	o	×	×	×	10	10
7. S.-Fuchsin + Orange + M.-Grün	o	××	o	o	o	×	××	×	o	×××	o	×	6	10
8. Eosin.....	×	×	××	×	×	×	×	××	×	××	o	××	11	15
9. Hämatein	o	×	o	o	×	o	o	×	××	o	××	××	6	9
10. Pikrocochenille	×	××	×	×	×	×	o	×	××	××	o	××	10	14
Zahl.....	8	8	7	5	8	8	7	8	6	8	4	10		
Güte	12	10	9	6	10	10	9	11	9	17	7	14		

Struktur des Kollagens an Flemmingschnitten und die siebente (7k) für ein scharfen tinktoriellen Kontrast zwischen Muskeln und Kollagen an Flemmingschnitten.

Unterhalb und rechts von der Tabelle sind unter den Rubriken: Zahl und Güte einerseits die Fixationen, andererseits die Färbungen von positivem Wert addiert, und zwar einmal ohne Rücksicht auf die Anzahl der Kreuze (Zahl der brauchbaren Methoden) und ein zweites Mal mit Berücksichtigung derselben (Güte der Methoden).

Betrachten wir zuerst die Fixationen (untere Rubriken), so ergiebt sich das bemerkenswerte Resultat, dafs nur die Sublimatfixation der Gewebe später an den Schnitten mit allen Kollagenfärbungen wohl verträglich ist (10), dafs in zweiter Linie erst Alkohol, Formalin, Chromsäure, chromsaures Kali, Erlicki und Flemming kommen (8), denen sich Pikrinsäure und Müller (7) anschliefsen, und dafs Kupfersalz (6), Salpetersäure (5) und Hermann (4) die Gewebe am wenigsten gut für spätere Kollagenfärbungen vorbereiten.

Sehen wir aber weniger auf die Universalität der Fixierungsmittel, als auf die Güte der entstehenden Kollagenbilder, so übertrifft unerwarteterweise Flemming (17) alle anderen Fixationen bei weitem, dann kommt erst Sublimat (14), Alkohol (12) und Erlicki (11). Eine dritte Gruppe bilden Formalin, Chromsäure und chromsaures Kali (10) mit Pikrinsäure, Müller und Kupfersalz (9) und weit hinter allen anderen zurück stehen Hermann (7) und Salpetersäure (6). Man beachte hierbei besonders den grofsen Unterschied der beiden Fixationsmittel Flemming (17) und Hermann (7), welche sich in Bezug auf Zellstrukturen so nahe stehen; der

Ersatz der Chromsäure durch Platinchlorid im HERMANN wirkt sehr unvorteilhaft auf die Kollagenfärbung.

Was das Sublimat unter den Fixationen, das ist die modifizierte VAN GIESON-Methode unter den Färbungen, sie ist auf alle Fixationen (12) anwendbar. Gleich dahinter steht Eosin (11) und dann folgen die M.-Blau — Orcëin, Safranin-Wasserblau + Tannin, Säurefuchsin-Pikrinsäure und Pikrocochenille mit 10 Fixationen. Die beschränkteste Anwendung finden die M.-Blau — Säurefuchsin + Tannin-(8) Biondi-, Hämatein-(6) und Orcëin-M.-Blau-(4) Methoden.

Berücksichtigen wir auch hier wieder die Güte der Kollagenbilder in erster Linie, so läuft die M.-Blau—Orcëin-Methode (18) der Säurefuchsin-+Pikrinsäure-Methode (16) den Rang ab. Dann folgt auch hier die Eosinfärbung (15), die Safranin-Wasserblau + Tannin- und die Pikrocochenille-Methode (14). Wesentlich zurück an Brauchbarkeit stehen die M.-Blau — Säurefuchsin + Tannin- (11), die Säurefuchsin-Pikrinsäure- und Säurefuchsin-Orange-Methylgrün-(10) Methoden. Den eingeschränktesten Wirkungskreis besitzen die Hämatein- (9) und Orcëin-M.-Blau- (8) Methoden.

Selbstverständlich beanspruchen die so gewonnenen zahlenmäfsigen Abschätzungen der Güte der einzelnen Fixationen und Färbungen nur den Wert von Durchschnittsmafsen. Zu einzelnen Zwecken und für besondere Arten von Material können auch hier als minderwertig bezeichnete Kombinationen von Fixierung und Färbung ausgezeichnete Resultate ergeben. Auch ist schliefslich noch einmal zu betonen, dafs diese Wertungen sich lediglich auf die tinktorielle Darstellung und Abgrenzung von Kollagen beziehen, nicht auf sonstige Vorteile, die man mit denselben Methoden erreicht; so ist in dieser Tabelle beispielsweise die Färbung der roten Blutkörperchen mittelst der Säurefuchsin-Pikrin-Methode und die Elastinfärbung in FLEMMING- und HERMANNpräparaten unberücksichtigt geblieben.

Lassen wir nun einmal die Praxis der guten Übersichtsbilder und den durchschnittlichen Wert der besprochenen Fixationen und Färbungen für dieselbe ganz bei Seite und fragen uns nach dem Wert der letzteren für die wissenschaftliche Erforschung des Kollagens, d. h. für die sichere und exakte Abgrenzung des Kollagens von seiner Umgebung in schwierigen Fällen und die Aufschliefsung seiner feineren Struktur, so sind wir durchaus nicht reich, sondern sogar auffallend arm an guten Methoden.

Soviel ich sehe, sind es hauptsächlich vier Punkte, welche in dieser Beziehung Berücksichtigung verdienen:

1. Erforschung der fibrillären Struktur der dickeren Kollagenbündel und Kollagenmembranen sowohl unter normalen wie pathologischen Umständen.

2. Abgrenzung des Kollagens vom Protoplasma. Diese Frage ist eine brennende, sowohl in der normalen Histologie (Entstehung des Kollagens aus Bindegewebszellen oder unabhängig von ihnen) wie in der Pathologie (Entstehung der Zellinfiltrate, Theorie der Schlummerzellen).

3. Abgrenzung des Kollagens von glatter Muskulatur. Diese Frage ist zunächst noch von gröfserer Bedeutung in der normalen Histologie, um mit Sicherheit die muskuläre Natur muskelverdächtiger Elemente in verschiedenen Organen festzustellen oder zu verwerfen. Sie wird aber eine Bedeutung für die Pathologie gewinnen, wenn dieselbe sich erst mehr mit den glatten Muskeln beschäftigt.

4. Abgrenzung des Kollagens vom Elastin. Diese Abgrenzung scheint bereits eine sehr vollkommene zu sein dank der vorzüglichen spezifischen Elastinmethoden, mit denen uns das letzte Jahrzehnt beschenkt hat. Bei diesen für die Anatomie und Pathologie gleich wichtigen Untersuchungen wurde jedoch im allgemeinen das Elastin unverhältnismäfsig viel mehr als das Kollagen berücksichtigt und man hat sich in Bezug auf die Darstellung des letzteren mit weniger guten Methoden begnügt. Die Elastinmethoden werden daher ihren vollen Wert erst erhalten, wenn man sie als Vorfärbung besseren und besten Kollagenmethoden voranschickt. Dann entsteht aber auch sofort das praktische Bedürfnis nach einer derartigen Verschmelzung der Elastin- und Kollagenmethoden, dafs man mit einer einzeitigen Doppelfärbung für beide Substanzen eine vorzügliche Färbung erreicht. Und die Bestrebungen in einer solchen Richtung gewinnen durch das Vorkommen von Mischsubstanzen aus Elastin und Kollagen (Kollastin, Kollacin) eine erhöhte Wichtigkeit.

Ich stelle nunmehr dieselbe Frage wieder: Besitzen die bisherigen Methoden für die hier näher spezialisierten Punkte irgend einen Wert? Dafs hierfür diejenigen Methoden nicht in Frage kommen können, welche alle oxyphilen Substanzen (Kollagen, Protoplasma, Elastin) gleichzeitig mehr oder weniger gut von den basophilen abzugrenzen bestimmt sind, unter Verzicht auf alle feineren Differenzen, ist selbstverständlich. Damit scheiden für diesen Zweck die sonst ganz brauchbaren: Methylenblau — Säurefuchsin + Tannin-, Safranin — Wasserblau + Tannin-, Eosin-, Hämatein-, Pikrocochenille- und Pikrokarmin-Methoden aus. Nur ganz vereinzelte Vorkommnisse erteilen ihnen eine gewisse Brauchbarkeit, so z. B. die künstliche Basophilie des Elastins an Flemmingschnitten, in denen man es dann safraninrot oder methylenblau darzustellen vermag. Dagegen sind in der That bereits einzelne Methoden, auf die in folgendem näher hingewiesen werden soll, wirklich brauchbar; es wird sich aber zugleich ergeben, in welcher Richtung wir noch nach besseren Methoden für die wissenschaftliche Erforschung des Kollagens zu suchen haben.

XIII.

Die fibrilläre Struktur der dickeren Kollagenbündel und Kollagenmembranen und die neue Orcëinmethode der FLEMMINGschnitte.

Die oben mitgeteilte Beobachtung, dafs bei der Methylenblau-Orcëin-Methode an FLEMMINGschnitten das Kollagen nicht nur stark gefärbt, sondern gleichzeitig in Fibrillen gleichmäfsig aufgelöst erscheint, führte mich dazu, eine Methode ausfindig zu machen, welche diese Erscheinung in vollkommenster Weise verwirklicht.

Zunächst waren natürlich die beiden färbenden Agentien einzeln an FLEMMINGschnitten zu prüfen. Von der polychromen Methylenblaulösung ist längst bekannt, dafs sie an denselben das Kollagen, aber noch mehr das Elastin anfärbt, beides übrigens physikalisch ziemlich unecht. Hierbei kommt die feinere, fibrilläre Struktur des Kollagens nicht zur Darstellung. Anders bei einfacher Orcëinbehandlung. Wie man auch die Zeiten und die Stärke der neutralen Lösung variiert, stets zeigt sich das Kollagen fibrillär, nicht homogen gefärbt. Von allen Arten hat sich am meisten die 10 Minuten lange Färbung in der auf 40° erwärmten Flotte bewährt. Dann hat das Kollagen eine gesättigt rote Färbung und die fibrilläre Struktur zeigt sich am schönsten.

Es wurden nun beide Farbstoffe nacheinander geprüft, nicht ohne die wohlbegründete Hoffnung, hiermit an FLEMMINGschnitten gleichzeitig neben einer besonders schönen (roten) Kollagenfärbung eine (blaue) Elastinfärbung zu erzeugen. Zuerst seien die Versuche erwähnt, auf eine primäre Methylenblaufärbung eine sekundäre Orcëinfärbung folgen zu lassen. Die letztere wurde 10 Minuten als warme Lösung angewandt, während die Zeit der Einwirkung der polychromen Methylenblaulösung wechselte. Bei einer Dauer von einer Minute blieb kein Blau im Gewebe; erst bei einer solchen von 5 Minuten (warm) waren die Kerne, das Protoplasma, die Muskeln und das Elastin nach der Orcëinfärbung noch blafsblau gefärbt. Eine wirklich befriedigende Doppelfärbung wurde jedoch erst erzielt, wenn die Schnitte eine Nacht in der Methylenblaulösung verweilt hatten und dann 10 Minuten warm in der Orcëinlösung umgefärbt wurden. Und auch diese allerdings schöne Kontrastfärbung von blauem Elastin und rotem, fibrillär gezeichnetem Kollagen zeigte sich nur bei starker vorheriger Osmierung. So waren an den meisten gröfseren Schnitten, wo die Osmiumsäure der FLEMMINGlösung im mittleren Teile nicht ganz so stark eingewirkt hatte, wie die Chrom- und Essigsäure, in der Mitte auch das Elastin immer noch sehr schwach blau gefärbt.

Da bekanntlich an FLEMMINGschnitten das Methylenblau auf dem Elastin durch nachträgliche Tanninbehandlung gut fixiert wird, so suchte ich zunächst eine solche Fixation dadurch herbeizuführen, dafs das Tannin

der neutralen Orcëinlösung zugesetzt wurde. Diese schön rot gefärbte, keine Niederschläge zeigende Flotte färbt aber FLEMMINGschnitte[6] gar nicht. Weiter wurden die mit Methylenblau gefärbten Schnitte erst mit Tannin gebeizt und dann mit neutraler Orcëinlösung in der Wärme behandelt. Aber die Tanninbeize hielt der Orcëinfärbung nicht Stand; Kerne und Elastin blafsten ab und das Kollagen war weniger gut gefärbt. Um zu sehen, ob diese tinktorielle Schwäche des Methylenblaus dem Orcëin gegenüber auf FLEMMINGschnitten nur diesem Farbstoff oder allen basischen Farben zukäme, ersetzte ich ihn durch Safranin, welches, wie seit FLEMMINGs Arbeiten bekannt ist, sich auf FLEMMINGschnitten besonders gut fixiert; es färbt ohne jede weitere Beize die Kerne, das Protoplasma, die Muskeln und das Elastin dunkel und physikalisch ziemlich echt rot. Bei nachträglicher Färbung mit der neutralen Orcëinlösung aber blassen alle diese Substanzen stark ab, während das Kollagen sich in etwas rotstichiger Orcëinfarbe färbt.

Es fragte sich nun, ob eine nachträgliche Methylenblaufärbung des Elastins sich mit der vorhergehenden Rotfärbung des Kollagens in der warmen Orcëinlösung verbinden lasse. Wir haben schon oben in dem Abschnitt über die n. Orcëin- pol. Methylenblau-Glycerinäther-Methode gesehen, dafs die Glycerinäthermischung meistens, z. B. immer in der Haut, die sekundäre, blaue Elastinfärbung an FLEMMINGschnitten (im Gegensatz zu HERMANNschnitten) verschwinden läfst. Ebenso wirkt schon der Alkohol entfärbend auf das methylenblaue Elastin. Durch Tanninbeize läfst sich die Elastinfärbung erhalten, aber es leidet die Kollagenfärbung bedeutend und, was noch überraschender ist, auch eine nachträgliche Behandlung der doppeltgefärbten Schnitte mit der neutralen Orcëinlösung, gleichsam eine Verbindung beider Methoden (I und II), führt nicht zum Ziele; nicht blofs die Tinktion des Elastins, sondern teilweise auch die offenbar durch die zwischengeschobene Methylenblaufärbung gelockerte erste Orcëinfärbung des Kollagens wird abgeschwächt.

Von allen Arten der Doppelfärbung ist also nur die primäre Methylenblaufärbung während 12 Stunden (kalt) und sekundäre Orcëinfärbung während 10 Minuten (warm) und diese nur an stark osmierten Schnitten zu empfehlen, wenn man eine schöne Kontrastfärbung zu erzielen wünscht. So leicht es ist, gerade an FLEMMINGschnitten in einseitiger Weise entweder das Kollagen oder das Elastin vorzüglich zu färben, so schwierig ist die Doppelfärbung. Der Grund liegt klar zu tage. Wir wollen und können eine solche erreichen vermöge der veränderten Reaktion des Elastins an FLEMMINGschnitten; mit der gröfseren Basophilie des Elastins nimmt aber die spezifische Orcëinophilie desselben ab, wie es scheint, bei dieser

[6] Übrigens auch keine Alkoholschnitte.

künstlich hervorgerufenen Basophilie genau so wie bei der pathologisch vorkommenden, spontanen. Wegen dieser abgeschwächten Orcëinophilie aber ist eine nachträgliche Fixierung des basischen Farbstoffes durch die sekundäre Orcëineinwirkung auf das Elastin ausgeschlossen; im Gegenteil, die letztere, indem sie das Kollagen anfärbt, wirkt auf das methylenblaue und safraninrote Elastin nur entfärbend. Man könnte denken, dafs sich die saure Orcëinlösung in Bezug auf Anfärbung des Elastins anders wie die neutrale verhielte; diese thut aber gerade das Gegenteil des Erwünschten; sie entfärbt das Elastin rasch, ohne zur selben Zeit das Kollagen anzufärben.

Es erübrigte hiernach noch, die saure Orcëinlösung, welche bekanntlich an Alkoholschnitten sowohl Kollagen wie Elastin, letzteres nur stärker und echter färbt, in ihrer direkten Wirkung auf Flemming-schnitte zu studieren. Da sie, wie eben mitgeteilt, nur langsam wirkt, untersuchte ich zunächst Stücke, die 3 Stunden gefärbt waren. Bei einfacher Alkoholentfärbung war das Kollagen gut gefärbt, etwas heller als bei der gleich langen Färbung mit neutraler Lösung; das Elastin war, wie wegen Abnahme seiner Orcëinophilie zu erwarten, schwach gefärbt. Zugleich zeigte sich aber das bemerkenswerte, negative Resultat, dafs die so gefärbten Schnitte die fibrilläre Struktur des Kollagens nicht so gut aufwiesen, wie die in neutraler Lösung gefärbten. Nach Entfärbung solcher Schnitte in saurem Alkohol war die Färbung des Kollagens und Elastins nicht besser, nur schwächer. Ich ging daher dazu über, die Flemmingschnitte eine ganze Nacht in der sauren Orcëinlösung zu lassen. Jetzt war das Kollagen dunkelbraun, das Elastin noch etwas dunkler gefärbt, die fibrilläre Struktur des Kollagens aber um nichts besser. Wurden diese Schnitte mit saurem Alkohol entfärbt, so blafsten gleichzeitig Elastin und Kollagen ab, so dafs ersteres nicht mehr als vorher hervortrat — wiederum ein Zeichen der verminderten Orcëinophilie des Elastins durch Fixation in Flemmings Lösung. Etwas bessere Resultate erhielt ich durch Färbung der Schnitte während 10 Minuten in der auf 40° erwärmten Lösung. Das Kollagen ist gut gefärbt, ohne den warmen rotbraunen Ton, wie bei der analogen Färbung in neutraler Lösung; die fibrilläre Struktur tritt jedoch nicht hervor. Das Elastin ist so gut, als es durch Orcëin an Flemmingpräparaten überhaupt werden kann, d. h. nicht entfernt so stark wie an Alkoholpräparaten, gefärbt. Ich wünschte nun diesen Schnitten aufser der Elastinfärbung noch die gute fibrilläre Zeichnung der neutral gefärbten zu geben und färbte zunächst mit der neutralen Lösung warm 10 Minuten vor und mit der sauren warm 10 Minuten nach; das Resultat war negativ: Elastin und Kollagen waren ganz schwach und letzteres homogen gefärbt. In umgekehrter Reihenfolge aber glückte es endlich, mittelst Orcëin auf Flemmingschnitten gleichzeitig

das Kollagen gut fibrillär zu erhalten und das Elastin stärker gefärbt hervortreten zu lassen. Die Schnitte verweilen eine Nacht in der sauren Lösung (kalt) und werden dann noch 10 Minuten warm in der neutralen nachgefärbt.

Überblicken wir diese Versuchsreihe, so ergiebt sich als positives Resultat die nicht unwichtige Thatsache, dafs an FLEMMINGschnitten eine 10 Minuten lange Färbung mit warmer, neutraler Orcëinlösung in bester Weise die fibrilläre Struktur der dicken kollagenen Bündel aufschliefst und dafs diese vorzügliche Kollagenfärbung sich nicht leicht und nur so mit einer guten Elastinfärbung auf Grund der bisherigen Orcëinmethoden verbinden läfst, dafs die Schnitte vorher eine Nacht in polychromer Methylenblaulösung oder ebensolange in saurer Orcëinlösung vorgefärbt werden. Bei ersterer Methode erscheint das Elastin blau, bei letzterer orceinbraun; bei ersterer ist seine künstliche Basophilie, bei letzterer seine abgeschwächte Orcëinophilie in Anspruch genommen. Weiter hat sich als sicheres Nebenresultat ergeben, dafs das Elastin, von dem es bisher nur bekannt war, dafs es in FLEMMINGs Lösung eine künstliche Basophilie annimmt, gleichzeitig an Affinität zum Orcëin in neutraler und in saurer Lösung ebensoviel verliert. Aber die Versuche lehren auch in unzweideutiger Weise, dafs die FLEMMINGsche Mischung nicht blofs das Elastin chemisch beeinflufst, sondern auch das Kollagen, worauf es uns hier in erster Linie ankommt. Das Hervortreten feiner Fibrillen in den bei anderen sauren Färbungen homogenen, dicken Bindegewebsbalken, die optische Auflösung derselben in Fibrillenbündel ist nur der Fixation in FLEMMINGscher Mischung eigen; wir finden sie nicht an HERMANN- und auch nicht an Chromsäureschnitten, geschweige an den anderweitig fixierten Geweben in annähernd derselben Güte und Gleichmäfsigkeit. Andererseits ist sie auch durch die Fixation in FLEMMINGs Lösung nur vorbereitet, ohne bei irgend einer anderen Färbung so deutlich hervorzutreten, wie bei der mit neutraler Orcëinlösung. Sogar die saure Orcëinlösung steht in dieser Beziehung weit hinter der neutralen zurück. Hieraus ist wohl zu folgern, dafs zu dem genannten tinktoriellen Resultate beide Wirkungen, nach Art zweier Beizen, zusammenkommen müssen. Dafs die Färbung mit der neutralen (nicht der sauren) Orcëinlösung einen sehr starken physikalischen oder chemisch-physikalischen Einfluſs auf das kollagene Gewebe übt, geht daraus hervor, dafs die meisten, wie auch immer fixierten Gewebsschnitte eine lange Färbung mit neutraler Orcëinlösung nicht ohne gründliche Macerationswirkung überstehen. Dieselbe zeigt sich fast nur am kollagenen Gewebe, indem dasselbe anschwillt und auseinanderbröckelt, wobei das elastische Netz auseinandergerissen und deformiert wird. Besonders stark leiden die Formalin-, Salpetersäure- und Kupfersalzschnitte; etwas weniger die Alkohol-, Pikrinsäure-, Chromsäure-,

Sublimatschnitte und am wenigsten die Chromsalz-, MÜLLER-, ERLICKI-, HERMANN- und FLEMMINGschnitte. Die mit den ersteren Flüssigkeiten fixierten Schnitte lassen sich nach so prolongierter Orcëinfärbung kaum noch auf den Objektträger bringen, ohne völlig zu zerfallen. Da liegt es wohl sehr nahe, anzunehmen, dafs die Färbung in neutraler Orcëinlösung mit einer wirklichen Auflösung jener hypothetischen, weil bisher noch nicht tingiblen Kittsubstanz des Kollagens einhergeht und dafs die besonders gelungene Darstellung der fibrillären Struktur der kollagenen Bündel mit dieser Lösung gerade an den nicht leicht auseinanderfallenden FLEMMINGschnitten einer Art leichter Macerationswirkung zuzuschreiben ist, die mit der Färbung der Schnitte konkurriert.

So interessant diese Methode nun auch für die feinere normale und pathologische Histologie sein mag, so ist sie durch ihre Beschränkung auf die Fixation in FLEMMINGs Lösung nicht geeignet zu einer allgemein anwendbaren Kollagenmethode. Sie reiht sich nur als eine bessere, gleichmäfsigere und einfachere Methode den bisherigen, schwer zu handhabenden und unsicheren Gentiana-Jod-Methoden von BENECKE und mir zur Darstellung der fibrillären Struktur des Kollagens an und ist berufen, diese vollkommen zu ersetzen (s. Abschnitt XI).

Eine Versuchsreihe, die zu viel allgemeiner brauchbaren Methoden führte, ging von der Idee aus, die Orcëinsäure in saurer Lösung, in welcher sie am meisten Verwandtschaft zum Elastin besitzt, mit anderen sauren Farben zu verbinden, die in saurer Lösung eine starke Affinität zum Kollagen bekunden, wie Säurefuchsin, Wasserblau etc., um auf diese Weise eine einzeitige Doppelfärbung von Elastin und Kollagen zu bewirken. Übrigens ist über die Stärke der Affinitäten dieser Farben in Mischungen noch nichts bekannt und es wurden daher auch neutrale Lösungen derartiger Mischungen von vornherein zur Untersuchung mit herangezogen. Da Orcëin hauptsächlich Alkohol, viele in Betracht kommende saure Farben, speziell die Sulfofarben, Wasser zur Lösung verlangen, konnte es sich nur um Lösungen in Mischungen von Wasser und Alkohol handeln. Da von diesen komponierten Orcëinlösungen sich besonders die wasserblauhaltige bewährte, war im Anschlufs an das oben Gesagte noch zu untersuchen, ob diese (im Abschnitt XV) genauer zu besprechende neue Methode zugleich zur Darstellung der fibrillären Struktur sich eignet. In der That zeigte sich, dafs die Mischung von Wasserblau- und neutraler Orcëinlösung, auf FLEMMINGschnitte angewandt, eine gute Darstellung der fibrillären Struktur des Kollagens ergiebt und nebenbei in vorzüglicher Weise das Elastin (braun) von dem Kollagen (graublau) und dem Protoplasma nebst Muskeln (hellgrünlich) differenziert. Dazu müssen die Schnitte 4 Stunden in der Mischung verweilen. Ein Aufenthalt von 6—12 Stunden schadet der Färbung nicht.

XIV.

Die tinktorielle Differenzierung des Kollagens vom Protoplasma und die neue Säurefuchsin-Orange-Methode.

Die bisher beste Methode, um die feinen Ausläufer des Protoplasmas und zwar des so schwer färbbaren, wabigen Spongioplasmas der Bindegewebszellen von der kollagenen Substanz in scharfer Weise tinktoriell zu trennen, war die Orcëin — pol. Methylenblau — Glycerinäther-Methode. Dieselbe genügte den bisherigen Ansprüchen der Histopathologie vollkommen, war aber nur auf Alkoholschnitte anwendbar (s. Abschnitt I). Auf die feineren Fragen der normalen Histologie angewandt, liefs sie auch zu wünschen übrig, aus dem einfachen Grunde, weil die Handhabung der Entfärbung mittelst des Glycerinäthers in Bezug auf Verdünnung der Lösung und Zeit der Entfärbung dem subjektiven Ermessen und der persönlichen Erfahrung zu viel Spielraum übrig läfst. Wo die Methode die Entscheidung in strittigen Fragen zu geben hat, z. B. in Bezug auf das Verhältnis der kollagenen Substanz zum Zellleibe, die kollagene Natur des retikulären Bindegewebes und ähnliches, haben wir uns daher nach sichereren und leichter zu handhabenden Methoden umzusehen und unser Augenmerk richtet sich bei der tinktoriell so nahen Verwandtschaft des Spongioplasmas mit den Intercellularsubstanzen naturgemäfs zunächst auf diejenigen Methoden, bei denen durch fixierende Vorbehandlung die tinktorielle Verwandtschaft zwischen Protoplasma und Kollagen abgeschwächt wird und jedenfalls weniger grofs ist, als bei der Fixierung in Alkohol.

In dieser Beziehung haben die mitgeteilten Versuchsreihen die bemerkenswerte Thatsache ergeben, dafs die Fixation in Chromsäure und dem chromsäurehaltigen Gemisch von Flemming bei vielen Färbungen eine sehr scharfe Trennung des Kollagens vom Protoplasma aufweisen. Diese Trennung wird nicht etwa dadurch hervorgerufen, dafs beide Substanzen zu den zwei Farben der verschiedenen Methoden neue Beziehungen erhalten und dadurch in veränderten Nuancen gefärbt werden, sondern vielmehr dadurch, dafs das Protoplasma durch die Chromsäure und die Osmiumsäure in viel höherem Grade an tinktorieller Anziehungskraft überhaupt einbüfst, als das Kollagen und Elastin, welch' letztere, wie wir gesehen haben, durch die Osmiumsäure der Flemmingschen Lösung auch chemisch vermutlich alteriert werden, kaum aber durch die Chromsäure, aufser wenn diese in höherem Prozentsatz (3—5%) auf die Bindesubstanzen einwirkt.

Es handelt sich bei dieser Art der tinktoriellen Diagnostik also um einen relativ groben Eingriff in das chemische Verhalten der Gewebe, welcher für uns nur dadurch wertvoll wird, dafs das Protoplasma demselben in viel höherem Grade unterliegt, als das Kollagen. Unter den

Färbemethoden, welche diese Differenz der tinktoriellen Anziehungskraft am besten ausbeuten und für uns daher am praktischsten sind, verdienen vor allem die pol. Methylenblau — n. Orceinmethode (Abschnitt II) und die Säurefuchsin + Pikrinsäuremethode (Abschnitt V) hervorgehoben zu werden, während diejenigen Methoden, welche nur oxyphile und basophile Substanzen differenzieren, wie die Safranin-Wasserblau + Tannin- und die Methylenblau-Säurefuchsin + Tannin-Methode und ebenso die Eosin-, Hämatein- und Pikrocochenille-Methoden für den vorliegenden Zweck auch nach Chromsäure- und FLEMMINGfixation gänzlich unbrauchbar sind. Aufser den beiden genannten Färbemethoden kommt in Bezug auf FLEMMINGschnitte nur noch die Säurefuchsin + Orange + Methylgrün-Methode (s. Abschnitt VII) in Betracht. Hier färbt sich das Kollagen dunkelrot und das Protoplasma orange, während die Kerne vom Methylgrün nur Spuren aufnehmen, die nicht in Betracht kommen. Da nun der hier unnötige Zusatz des Methylgrüns im übrigen für die Anwendung sich als ein geradezu störender Faktor erweist, so lag es nahe genug, eine Methode für FLEMMINGschnitte auszuarbeiten, welche nur die beiden sauren und unter sich mit sehr verschiedenen Affinitäten begabten Farben: Säurefuchsin und Orange, verwendet. Eine solche Versuchsreihe schien um so mehr geboten, als gerade bei FLEMMINGschnitten die für das Protoplasma in Betracht kommenden Farbkomponenten der erstgenannten beiden Methoden weniger befriedigende Kontrastfärbungen liefern, nämlich das Methylenblau in ersteren und die Pikrinsäure in letzteren.

Aufser in Chromsäure und FLEMMING fixierter Haut diente zu diesen Versuchen ebenso fixierte Lymphdrüse. Das retikuläre Gewebe der letzteren gehört zu den besten Objekten, um die Feinheit einer zwischen Kollagen und Protoplasma differenzierenden Färbemethode erkennen zu lassen. Als beweisende Präparate in diesem Sinne können nur solche angesehen werden, welche das kollagene Gewebe des Hilus, der Kapsel, der dickeren Septen und der Blutgefäfse scharf und stark gefärbt zeigen und das von hier ausgehende trabekuläre Netz bis in seine feinsten Ausläufer in derselben Farbe deutlich hervortreten lassen, von dem Protoplasma der Lymphzellen dazwischen sich scharf abhebend. Nebenbei gesagt, sind alle guten Präparate dieser Art ebensoviele Beweise für die bisher oft angezweifelte kollagene Natur dieser feinen Trabekel, und ich stehe nicht an, nach meinen vielen Untersuchungen der Lymphdrüsen mit allen genannten Fixationen und Färbungen das retikuläre Gewebe der Lymphdrüsen für kollagener Natur zu erklären, wenn dasselbe in seiner Struktur auch gewisse Eigentümlichkeiten aufweist.

An den genannten Objekten wurde nun die Versuchsreihe durchgeführt, welche über das beste Mischungsverhältnis von Säurefuchsin und Orange Aufschlufs geben sollte, und zwar in der Weise, dafs einer

1%igen Säurefuchsinlösung auf 10 Teile successive 2, 3, 4 und mehr Teile einer 1%igen Orangelösung zugesetzt wurden. Manche Objekte, wie z. B. gerade die in Chromsäure fixierte Lymphdrüse, geben schon ein befriedigendes Resultat bei einem Verhältnis von 10 Teilen der Säurefuchsin- auf 2 Teile der Orangelösung. Das für alle vier Objekte am meisten befriedigende Verhältnis wurde erst bei einer Mischung von 10 Teilen der Säurefuchsin- auf 5 Teile der Orangelösung erreicht, sodafs das rote Kollagen vom orangefarbenen Zellleibe sich überall scharf absetzte. Zugleich war dieses Verhältnis auch für die meisten anders fixierten Gewebe das relativ beste, um Muskeln und Protoplasma orange vom säurefuchsinroten Kollagen abstechen zu lassen, wenn auch diese Färbungen weder die Farbenreinheit, noch differentialdiagnostisch verwertbare Schärfe im kleinsten Raume aufwiesen, wie das in Chromsäure und Flemming fixierte Material. Nur die mittelst Hermann fixierten Schnitte konnten sich einigermafsen mit diesen vergleichen lassen, erreichten sie aber nie.

Die naheliegende Idee, diese Mischung zweier saurer Farben mit einem Säurezusatz zu versehen, im Interesse einer intensiveren Färbung, mufste ich vollständig aufgeben, da dadurch die natürlichen Affinitäten des Gewebes verwischt wurden und eine fleckweise auftretende Mischfarbe die Präparate unbrauchbar machte.

Nach den obigen Erfahrungen setzte ich die neue Säurefuchsin-Orange-Mischung folgendermafsen zusammen:

Säurefuchsin	2,0
Orange	1,0
Glycerin	7,0
Wasser ad.	100,0.

In dieser Mischung bleiben die Schnitte aus Flemming- oder Chromsäurematerial 20—30 Sekunden, werden dann direkt in Alkohol entwässert und in Öl und Balsam übertragen. Die Feinheit der differentiellen Färbung erfordert eine rasche, einzeitige Färbung in der konzentrierten Lösung beider Farbstoffe.

XV.

Die tinktorielle Differenzierung des Kollagens von der Substanz der glatten Muskeln und die neue Wasserblau-Orcëin-Methode.

Die glatten Muskeln zeigen ebenso wie das Protoplasma, nur in schwächerem Grade bei beiden Methylenblau-Orcëin-Methoden eine Vorliebe für Methylenblau im Gegensatz zum Kollagen, welches Orcëin bevorzugt, und heben sich daher bläulich vom rotbraunen Kollagen ab. Bei der Präoccupation des Gewebes durch Fixation in Chrom- und Osmiumsäure sind es wieder die glatten Muskeln, die sich annähernd ebenso gegen die

späteren Färbungen verhalten wie das Protoplasma, im Gegensatz zum Kollagen und daher in derselben Kontrastfarbe zum Kollagen darstellbar sind. Selbst bei den ein- und zweizeitigen Doppelfärbungen mit zwei sauren Farben, z. B. Säurefuchsin und Pikrinsäure, Säurefuchsin und Orange, haben wir konstatiert, daſs das Säurefuchsin das Kollagen anfärbt, während die beiden anderen sauren Farben: Orange und Pikrinsäure nicht nur das Protoplasma, sondern auch die Muskeln gleichzeitig in Beschlag nehmen. Man kann daher den tinktoriellen Charakter der glatten Muskeln etwa dahin definieren, daſs sie basischen und sauren Farben gegenüber Affinitäten bekunden, die ihnen einen Platz zwischen Kollagen und Protoplasma einräumen, mit entschiedener Annäherung an das Protoplasma und Entfernung vom Kollagen. Cum grano salis kann man demzufolge alle im vorigen Abschnitte hervorgehobenen Methoden, welche eine Differenzierung des Protoplasmas vom Kollagen bewirken, auch als spezifische Methoden für die Trennung der Muskeln vom Kollagen bezeichnen.

Aber der Kreis der zu diesem Zwecke anwendbaren Methoden ist doch noch ein gröſserer. Das liegt an der verschiedenen Anordnung der Substanzen neben einander. Bei den im Kollagen zerstreut anzutreffenden Muskelbündeln, haben wir es stets mit gröſseren homogenen Massen zu thun, deren abweichendes Kolorit auch dann in die Augen fällt, wenn die Farbendifferenz keine bedeutende ist. Die zarten Ausläufer der Bindegewebszellen dagegen bilden zwischen den kollagenen Bündeln so verschwindend kleine Elemente, daſs schon ein intensiver Farbenkontrast im kleinsten Raume dazu gehört, sie der Lage und Form nach kenntlich zu machen. Aus diesem Grunde können eine Reihe von Methoden noch sehr gut dazu dienen, die Muskeln deutlich von dem kollagenen Gewebe abzuheben, welche gegenüber den feinen Protoplasmaausläufern versagen. Beispielsweise dient an Alkoholschnitten nur die n. Orcëin- pol. Methylenblau-Glycerinäther-Methode zur Differenzierung des Protoplasmas vom Kollagen, während auſser derselben auch die pol. Methylenblau — n. Orcëin-Methode zur scharfen Unterscheidung von Muskeln und Kollagen brauchbar ist. Die Eosin-, Hämatein-, Pikrocochenille-Methoden sind völlig unanwendbar, wo es sich um die Differenzierung feiner Protoplasmaausläufer zwischen Kollagen handelt, geben aber meistens noch deutliche Unterschiede in der Färbung der Muskeln und des Kollagens zu erkennen. Nur die zur allgemeinen Trennung oxyphiler und basophiler Substanzen dienenden Methoden (Methylenblau-Säurefuchsin + Tannin- und Safranin-Wasserblau + Tannin) sind für die Trennung der Muskeln vom Kollagen in gleicher Weise absolut unbrauchbar wie für die Trennung des Protoplasmas vom Kollagen.

Nach diesen Darlegungen kann es nicht Wunder nehmen, daſs bei Anwendung einer neuen, der Wasserblau-Orcëin-Methode, welche in ein-

zeitiger Weise zwei saure Farben verwendet und zur scharfen Unterscheidung zwischen Kollagen und Muskeln ausgezeichnet gut sich eignet, die Farbe der Muskeln und das Protoplasma immer dieselbe und immer entgegengesetzter Art wie die des Kollagens ist. Gerade bei Anwendung dieser Methode tritt das gesetzmäfsige dieses Verhaltens auffallend hervor, da bei der ersten Modifikation der Methode Protoplasma und Muskel violett sind und sich nur durch eine andere Intensität der Färbung vom ebenfalls violetten Kollagen (durch die Farbe gleichmäfsig vom braunen Elastin) abheben, bei der zweiten Modifikation beide dagegen mehr orcëinfarben und schwächer blau gefärbt sind und sich vom tiefblauen Kollagen wiederum in einheitlicher Weise tinktoriell unterscheiden. Wie im Abschnitt XIII erwähnt, kam ich auf diese Methode in der Absicht, die besondere Affinität des Kollagens zum Wasserblau (und Säurefuchsin), und des Elastins zum Orcëin in saurer Lösung zu einer einfachen, einzeitlichen Doppelfärbung zu verwenden. Es stellte sich aber bald heraus, dafs die gleichzeitig versuchsweise herangezogenen Mischungen beider Farbstoffe ohne Säurezusatz nicht nur viel bessere Differenzierungen der Intercellularsubstanzen lieferten, sondern auffallender Weise auch weit bessere Elastinfärbungen. Man mufs zum Verständnis des folgenden im Auge behalten, dafs beide Farben, obwohl in tinktorieller Hinsicht „sauer", unter sich sehr verschieden geartet sind. Orcëin ist eine kräftige Säure, in alkoholischer Lösung von dunkelbrauner Farbe, welche durch Alkalienzusatz unter Umschlag der Lösung ins Blaurote ein ebenfalls gut färbendes Salz bildet, ohne seinen tinktoriellen Charakter als „saurer Farbkörper" im Sinne Ehrlichs aufzugeben. Eine sog. „neutrale Orcëinlösung" bedeutet daher im Gegensatz zu einer „sauren Orcëinlösung" (wie sie zur Elastinfärbung gebraucht wird) nur so viel wie eine „nicht angesäuerte Lösung des Orcëins in absolutem Alkohol". Die Wasserblaulösung, obwohl im tinktoriellen Sinne ebenfalls ein „saurer Farbkörper", ist dagegen im chemischen Sinne eine neutrale Salzlösung, die durch jede Spur eines weiteren Alkalizusatzes entfärbt, durch jede Spur einer Säure dunkler blau gefärbt wird.

Die Folge davon ist, dafs in einer spirituös-wässerigen Mischung beider Farben ein leichter Säurezusatz dem Wasserblau ein starkes Übergewicht im allgemeinen verleiht, so dafs nicht nur die braune Orcëinkomponente auf dem durchweg dunkelblau gefärbten Gewebe nicht recht zur Geltung kommt, sondern speziell das orcëinophile Elastin trotz des Säurezusatzes nicht stark angefärbt wird; das konkurrierende Wasserblau erweist sich unter der Beihilfe der Säure als ein Hindernis der Elastinfärbung überhaupt.

Giebt man andererseits der Wasserblau-Orcëinmischung einen sehr schwachen Alkalizusatz, wobei die Mischung durch Abschwächung des

Wassersblaus eine rötere Nuance annimmt, so erlangt das Orcëin das Übergewicht, färbt das Kollagen stärker rot, das Elastin dunkler braun,[1] während Protoplasma und Muskeln eine violette Mischfarbe erhalten.

Ähnliche Unterschiede erreicht man durch Änderung des Mischungsverhältnisses zwischen Wasserblau und Orcëin, indem bei Vorwalten ersterer Farbe alle Teile des Gewebes in Blau abschattiert sind, bei Vorwalten des letzteren in Orcëinbraun. Dafs in beiden Fällen beide Komponenten von allen Geweben mehr oder weniger aufgenommen sind, ergiebt sich besonders aus den letztgenannten bräunlich gefärbten Schnitten bei ihrem Eintauchen in sauren Alkohol, indem plötzlich die blaue Farbe mehr oder minder wieder auftaucht, wobei häufig ein sehr schöner Farbenkontrast zwischen mehr oder minder blauem und violettem Kollagen und Muskeln und braun bleibendem Elastin zum Vorschein kommt.

Das auffallendste bei dieser einzeitigen Doppelfärbung ist die Thatsache, dafs hier ohne jeden Säurezusatz das Elastin dunkel orcëinbraun, oder unter Umständen in einer blaubraunen bis blauschwarzen Mischfarbe scharf hervortritt, während es bekanntlich weder bei einfacher Wasserblau- noch bei einfacher Orcëinfärbung in neutralen Lösungen von dem Kollagen sich abhebt. Hieraus geht hervor, dafs beide Farben in dem Gemische gegenseitig aufeinander wie Beizen wirken.

Eine weitere bemerkenswerte Thatsache, welche sich wohl ebenfalls durch „reciproke Beizung" erklärt, ist es, dafs stark basophile Substanzen wie Kerne, Granoplasma der Plasmazellen und Mastzellenkörnung, die sich im allgemeinen refraktär gegen saure Farben und speziell gegen Wasserblau und Orcëin einzeln verhalten, von dem Gemische beider angefärbt werden, wenn auch nicht in derselben und der ausgezeichneten Weise wie durch basische Farbkörper.

Diese einzeitige Doppelfärbung mit zwei sauren Farben leistet also für die Histologie weit mehr als zwei Färbungen mit je einer einzigen sauren Farbe, welch' letztere ja mit wenigen Ausnahmen nur als homogene Kontrastfarbe wirkt. Sie liefert zunächst ein völlig befriedigendes Übersichtsbild, da aufser den Intercellularsubstanzen auch Zellen und Kerne, wenn auch nur schwach, aber in ihren Grenzen vollkommen deutlich, mitgefärbt werden. Sie giebt aufserdem ein sehr charakteristisches Kontrastbild der verschiedenen Substanzen der Bindegewebsgruppe, vor allem des Kollagens, des Elastins und der glatten Muskeln, ein Bild, welches scharf genug ist, um zu differentialdiagnostischen Zwecken herangezogen werden zu können.

Dieselbe Färbung liefert endlich noch spezifische Tinktionen verschiedener Substanzen und Gebilde, so des Hyalins der Bindegewebszellen

[1] Nur bei stärkerem Alkalizusatz zur Lösung, wobei die Nuance wieder ins Blaue umschlägt (Bildung von orcëinsaurem Alkali), wird das Elastin gar nicht angefärbt.

und der Epithelfasern — Dinge, deren Betrachtung den Rahmen dieses Artikels überschreiten würden und einer besonderen Mitteilung vorbehalten bleiben mögen.

Ein grofser Vorzug dieser Doppelfärbung liegt in ihrer allgemeinen Anwendbarkeit nach allen Fixationen. Natürlich liefern auch hier diejenigen Schnitte die schönsten, d. h. an Kontrasten reichsten Bilder, bei welchen durch eingreifende Fixation die Affinität der verschiedenen Gewebselemente für einen oder den anderen Farbstoff modifiziert oder herabgesetzt ist. Bei Schnitten von Geweben, die in Alkohol, Sublimat, Formalin und Salpetersäure fixiert sind, haben alle Gewebsbestandteile sowohl zum Orcëin wie zum Wasserblau so viel Affinität, dafs durchweg Mischfarben, wenn auch verschiedenster Nuance, so doch von grofser Intensität auftreten, welche bei einem Verhältnis des Wasserblaus zum Orcëin wie 1 : 2, keine erheblichen Kontraste mehr liefern. Dagegen führen alle übrigen Fixationen auch noch bei dieser Stärke des Wasserblaus zu sehr polychromen Bildern, vor allem Müller, Erlicki, Kali bichrom., Chromsäure, dann auch Pikrinsäure und Hermann, Kupfersalz und Flemming. Die Farben im einzelnen anzugeben, würde zu weit führen, da hierauf sehr viele Umstände von Einfluſs sind, wie Zeit der Färbung, Zeit und Stärke der Entfärbung in neutralem und saurem Alkohol, Vorwalten von Wasser und Alkohol in der Lösung. Doch kann man im allgemeinen sagen, dafs die Farbtöne des Elastins das Orcëinbraun, die des Kollagens das Wasserblau variieren, während Muskeln und Protoplasma alle dunkleren Mischtöne von graublau und grauviolett bis blaubraun durchlaufen.

Aus einer sehr grofsen Versuchsreihe über das beste Gewichtsverhältnis der beiden Farben in der Mischung hat sich schliefslich allgemein eine Überlegenheit der an Wasserblau schwächeren, an Orcëin reicheren Mischungen ergeben, wenn man das Prinzip verfolgt, eine möglichst reiche, einzeitige Kontrastfärbung aller Bindesubstanzen und Epitelien mittelst einer Lösung zu erreichen, die gleichmäfsig auf alle Fixationsarten anwendbar ist. Bei dem Gewichtsverhältnis von 4 Orcein : 1 Wasserblau bin ich definitiv für diesen Zweck stehen geblieben und die betreffende Formel lautet daher:

Orcëin (Grübler)	1,00
Wasserblau	0,25
Alkohol absol.	60,00
Glycerin	10,00
Wasser	ad 100,00

Mit dieser Mischung lassen sich zwei fundamental verschiedene Färbungen ausführen, je nachdem man in neutralem oder angesäuertem

(1% HCl) Alkohol entfärbt. Ich will dieselben als A- und als B-Entfärbungen unterscheiden. Ein Beispiel mag dieses erläutern, zu welchem die Schnitte eines in Alkohol absolutus gehärteten Furunkels dienen mögen.

	A-Entfärbung (Alkohol)	B-Entfärbung (saurer Alkohol)
Kollagen:	violett	blau
Elastin:	braun	braun
Muskeln:	dunkelviolett	violettgrau

Wie man sieht, giebt die B-Entfärbung reichere Kontraste. Die Entfärbung mit saurem Alkohol verleiht dem Wasserblau nachträglich das Übergewicht und entfernt das Orcein von dort, wo es am schwächsten fixiert ist, von dem Kollagen. Während dieses durch die Säure des Alkohols aus violett in blau umgefärbt wird, verändern die Muskeln (und das Protoplasma), welche das Orcein der Säure gegenüber fester halten, ihr Dunkelviolett nur in Violettgrau, indem sie überschüssiges Orcein abgeben.

Da die wunderschöne Elastinfärbung, welche diese neutrale Lösung giebt, sich nur langsam entwickelt, so färbt man am besten eine ganze Nacht in derselben, wenigstens aber sechs Stunden. Man kann die Schnitte auch ruhig viel länger in der Lösung lassen, da eine Überfärbung nicht eintritt. Für die Entfärbung in saurem Alkohol genügt die gewöhnliche Zeit des Aufenthalts in absolutem Alkohol zur Entwässerung: eine Minute. Die Schnitte kommen dann durch Öl und Balsam. Sie zeigen scharfe Epithel- und Bindegewebsgrenzen, eine reiche Kontrastfärbung zwischen Kollagen und Elastin, Muskelsubstanz und Protoplasma; Kerne, Granoplasma und Mastzellenkörnung sind in Mitteltönen zwischen graublau und violettgrau genügend gezeichnet. Genug, es läfst sich kaum eine bequemere und vielseitigere einzeitige Vielfachfärbung denken.

Wie diese Färbung sich bei Anwendung auf verschieden fixierte Gewebe verhält, mögen als Beispiele Schnitte von normaler, in verschiedenster Weise fixierter Haut erläutern:

Fixation	Bindesubstanz	A-Entfärbung	B-Entfärbung
Alkohol	Kollagen	blauviolett	blau
	Muskeln	rotviolett	grau
	Elastin	dunkelbraun	braun
Formalin	Kollagen	hellviolett	blau
	Muskeln	dunkelviolett	violett
	Elastin	dunkelbraun	dunkelbraun
Chromsäure	Kollagen	grauviolett	dunkelblau
	Muskeln	grau	graublau
	Elastin	dunkelviolett	schwarzblau
Pikrinsäure	Kollagen	grauviolett	dunkelblau
	Muskeln	dunkelviolett	hellblau
	Elastin	braunviolett	schwarzblau
Salpetersäure	Kollagen	dunkelviolett	blau
	Muskeln	„	blaugrau
	Elastin	„	dunkelviolett

Fixation	Bindesubstanz	A-Entfärbung	B-Entfärbung
Sublimat	Kollagen	violett	dunkelblau
	Muskeln	dunkelviolett	graublau
	Elastin	dunkelbraun	dunkelbraun
Kal. bichrom.	Kollagen	violett	blau
	Muskeln	„	grau
	Elastin	dunkelviolett	braun
Müller	Kollagen	hellviolett	blau
	Muskeln	violett	„
	Elastin	dunkelviolett	braun
Ehrlicki	Kollagen	violett	blau
	Muskeln	„	hellblau
	Elastin	dunkelviolett	braun
Hermann	Kollagen	dunkelviolett	dunkelblau
	Muskeln	grünlich	grünlich
	Elastin	schwarzviolett	schwarzblau
Flemming	Kollagen	violett	dunkelblau
	Muskeln	hell	hell
	Elastin	bräunlichviolett	grauviolett

Auch aus dieser Tabelle geht die kontrastreichere Färbung der nach der B-Entfärbung gewonnenen Präparate im allgemeinen hervor. Besonders zeigt die A-Entfärbung bei den in Salpetersäure, Kalium bichrom. und Ehrlicki fixierten Schnitte nur eine schwache Differenzierung gegenüber der B-Entfärbung derselben Schnitte. Doch zeichnen sich die Färbungen in Formalin, Müller und Flemming andererseits dadurch aus, dafs sie auch nach der A-Entfärbung sehr kontrastreich gefärbte Präparate ergeben, die den Vergleich mit den entsprechenden nach B entfärbten Präparaten wohl vertragen können.

Selbstverständlich haben sich meine Versuchsreihen nicht blofs auf das beste Mischungsverhältnis zwischen Wasserblau und Orcëin erstreckt, sondern auch auf die Modifikationen der Färbung, welche durch Zusätze von Säuren (Salzsäure und Salpetersäure) und Alkalien (Kalium, Ammoniak) zur Mischung hervorgerufen werden. Dieselben sind theoretisch allerdings interessant genug, haben aber praktisch zu keinem besonders günstigen Resultat geführt.

Ein Säurezusatz hat zunächst den ganz unerwarteten Erfolg, dafs die schöne Kontrastfärbung des Elastins verschwindet, indem die elastischen Fasern blau wie das Kollagen gefärbt werden, und sich kaum von letzterem abheben. Diese paradoxe Färbung erklärt sich, wie oben angegeben, durch das tinktorielle Übergewicht des Wasserblaus in saurer Lösung. Im übrigen hat der Säurezusatz ungefähr dieselbe Wirkung wie eine vielfache Verstärkung des Wasserblau; die Schnitte verhalten sich in Bezug auf das Kollagen etwa wie die in einer neutralen Mischung nach dem Verhältnis 1 Orcëin : 1 Wasserblau ausgefärbten, d. h. das Kollagen ist dunkelblau und alle Kontraste zwischen demselben und der Muskelsubstanz und dem Protoplasma verschwinden.

Ein ganz schwacher Alkalizusatz andererseits drückt die Wirkung des Wasserblau herab und verstärkt die tinktorielle Kraft des Orcëin, so dafs alle Elemente eine Zumischung von Rot erhalten und in Violettnüancen abgestuft erscheinen. Behandelt man dann solche kontrastarme, durchweg violett gefärbte Schnitte nach B mit saurem Alkohol, so entwickelt sich nachträglich noch eine gute kontrastreiche Färbung bei einigen, z. B. bei Schnitten aus Alkohol, Formalin, Sublimat, Chromsäure, Kalium bichrom., MÜLLER, HERMANN. Die Resultate unterscheiden sich von den Färbungen ohne Alkalizusatz nach B darin, dafs die Muskeln, zum Teil auch das Elastin, mehr Orcëin behalten und mehr rot oder violett erscheinen. Doch haben die so hergestellten Präparate keinen besonderen Vorzug vor den in neutraler Lösung gefärbten und ich erwähne die Möglichkeit einer Ausfärbung in ganz schwach alkalischer Lösung hauptsächlich nur aus einem praktischen Grunde. Die Lösungen enthalten nämlich bei sachgemäfser Herstellung keine Niederschläge. Sollten aber bei nicht sachgemäfser[8] sich doch einmal welche einstellen, so kann man die Mischung durch Zusatz von einem Minimum Ammoniak, von so wenig, dafs nach Zusatz des verdünnten Tropfens die Lösung nicht nach Ammoniak riecht, wieder gut und ohne Niederschläge färbend machen.

XVI.

Die tinktorielle Differenzierung zwischen Kollagen und Elastin und die neue Säurefuchsin + Orcëin — Methode.

Es giebt vielleicht, abgesehen vom Kernchromatin und dem Keratin, keine Substanz, welche sich so leicht und scharf tinktoriell hervorheben und abgrenzen läfst, wie das Elastin. Unter den spezifischen Elastinmethoden sind sonderbarerweise zuerst die komplizierteren aufgefunden worden, welche von der künstlichen Basophilie des osmierten Elastins Gebrauch machen. Später erst wurde von TAENZER die Affinität des natürlichen Elastins zum Orcëin in angesäuerter Lösung und viel später von WEIGERT diejenige einer Verbindung von Resorcin mit Fuchsin zum Elastin entdeckt. Für das weitere Studium der Beziehungen des elastischen Gewebes zu seiner Umgebung unter normalen und pathologischen Verhältnissen war es nun von wesentlichem Vorteil, dafs diese Verbindungen der Farbstoffe mit dem Elastin im allgemeinen haltbar, und die mit dem Orcëin im Besonderen sogar säurefest und überhaupt schwer

[8] Unzweckmäfsig ist z. B. die Lösung beider Farbstoffe in verdünntem Spiritus von obigem Mischungsverhältnis des absoluten Alkohols und Wasser. Man hat das Orcëin in absolutem Alkohol zu lösen, zuerst mit dem Glycerin und dann erst mit der Lösung des Wasserblau in Wasser zu mischen.

entfärbbar sind, so daſs sich mehrfache Färbungen sehr leicht herstellen lassen, welche das Elastin in seinem Verhältnis zum Kollagen und zu den glatten Muskeln zeigen. Wegen dieser besonderen Festigkeit sind die Färbungen des Elastins geradezu geschaffen, um zu Vorfärbungen zu dienen; als solche haben sie beispielsweise schon bei dem Studium über die Pathologie des Kollagens und Elastins (Kollastins, Elacins, Kollacins) gute Dienste geleistet. An Methoden, das Elastin vom Kollagen zu trennen, fehlt es mithin nicht, und jeder Forscher kann sich seine eigene konstruieren, indem er eine bekannte Elastinmethode als Vorfärbung mit einer der hier genannten Kollagenmethoden als Nachfärbung kombiniert. Es wird sich dabei aber immer um zweizeitige Färbungen handeln.

Ehe wir die ebenso leicht zu lösende Frage der einzeitigen Färbung von Kollagen und Elastin betrachten, möchte ich daran erinnern, daſs sich im Verlauf dieser Untersuchungen mehrmals der gleichsam paradoxe Befund einer Kontrastfärbung des elastischen Gewebes ergeben hat, den man geeigneten Falles sehr gut zu verwerten im stande sein wird. So zeigten die Hermannschnitte bei der ersten Orcëin-Methylenblau-Glycerinäther-Methode ein schön blaugefärbtes (künstlich basophiles) Elastin. So sind in den Flemmingschnitten die ebenfalls basophil gemachten Elastinfasern bei der Methylenblau-Säurefuchsin+Tannin-Methode blau, bei der Saffranin-Wasserblau+Tannin-Methode rot gefärbt. Ja, dieselben Flemmingschnitte zeigen bei der Säurefuchsin-Pikrin-Methode die ganz paradoxe Erscheinung eines säurefuchsinroten Elastins.

Ebenfalls unerwarteterweise ergab sich eine vorzügliche und zwar einzeitige Kontrastfärbung des Elastins gegen Kollagen bei der im vorigen Abschnitt neu eingeführten Wasserblau-Orcëin-Methode. Es war in der That nicht vorherzusehen, daſs das elastische Gewebe, von dem man bisher nur wuſste, daſs es sich in spirituöser Orcëinlösung bei Zusatz einer Säure und zwar um so stärker und ilosierter färbte, je stärker der Säurezusatz war, sich auch in derselben spirituösen Orcëinlösung färben läſst, wenn nur eine bestimmte saure Farbe, das Wasserblau, und zwar als neutrales, wasserlösliches Salz ohne Säurezusatz zugegen ist. Ist mit dieser vorzüglichen Färbung den Bedürfnissen nach einer einfachen, einzeitigen Doppelfärbung von Elastin und Kollagen genügt? Ich glaube nicht. Die Wasserblau-Orcein-Methode färbt zu viel in differenter Weise; sie giebt ein zu buntes Bild, um den Bedürfnissen der täglichen Praxis nach einfachen Übersichtsbildern Genüge zu thun. Auſserdem ist die Nüancierung der blauen, violetten und braunen Töne für jede Fixation und Nachbehandlung eine etwas andere und will für sich im Einzelfalle studiert sein, wie denn die Methode auch für das feinere Studium der Intercellularsubstanzen gedacht und angegeben ist.

Aus diesem Grunde halte ich es nicht für überflüssig, eine mehr dem

Bedürfnisse der täglichen Praxis angepafste Methode mitzuteilen, die nichts weiter als Kollagen und Elastin in einzeitiger Färbung hervortreten läfst und bei allen Fixationen dieselben Bilder erzielt. Allerdings giebt dieselbe nicht die feinen Nuancierungen zwischen den Substanzen der Bindegewebsgruppe, sie giebt keine Kontraste der Farbe zwischen Epithel und Bindegewebe aufser wo bestimmte Fixationen (Chromsäure, FLEMMING, HERMANN) solche veranlassen, sondern im allgemeinen nur Intensitätsdifferenzen zwischen Dunkelrot und Hellrot, aber sie giebt auch bemerkenswerterweise eine schwache Kern- und Granoplasmafärbung wie die Wasserblau-Orcëin-Färbung, mithin eine Mitfärbung von basophilen Substanzen. Der Hauptsache nach ist sie aber eine vorzügliche einzeitige Elastin-Kollagen-Färbung und kommt, wo nur dieser Kontrast gewünscht wird, in erster Linie in Betracht. Die Zusammensetzung der Mischung ist:

Orcëin (GRÜBLER)	1,0	*Alkohol absolutus*	60,0
Säurefuchsin	0,1	*Glycerin*	10,0
Salzsäure	2,0	*Wasser*	ad 100,0

In dieser Mischung bleiben die Schnitte 2—4 Stunden, kommen dann in Alkohol, Öl und Balsam. Bei dieser Färbung entfallen nicht blofs die feinen tinktoriellen Unterschiede der oxyphilen Gewebe, sondern auch fast alle durch die Fixationen an diesen bewirkten Differenzen. Stets heben sich die elastischen Fasern schön braun vom dunkelroten Kollagen ab; nur bei bestimmten einzelnen Fixierungen (Kalium bichrom., Salpetersäure, Kupfersalzen, HERMANN) ist das Kollagen auch etwas orcëinstichig gefärbt. Diese gleichmäfsige Färbung bei den verschiedensten Vorbehandlungen macht die einfache Methode besonders für Übersichtsbilder, für didaktische Zwecke etc. geeignet. Sollte im Einzelfalle das Kollagen zu dunkelrot ausfallen, so läfst sich das momentan durch Eintauchen der Schnitte in gewöhnliches, kalkhaltiges Leitungswasser oder eine Sodalösung abhelfen, indem die Säurefuchsinfärbung bis zu jeder gewünschten Nuance abgeschwächt werden kann. Bei einer solchen nachträglichen Abschwächung treten dann zuweilen noch brauchbare Intensitätsdifferenzen zwischen den verschieden oxyphilen Substanzen (Muskeln und Protoplasma c. Kollagen) hervor. In solchem Falle müssen aber die abgeschwächten Schnitte erst wieder in sauren Alkohol gebracht werden, ehe man sie einbettet, da sonst die Abschwächung im Balsam sich bis zum völligen Verschwinden des Säurefuchsins fortsetzt. Dieses ist auch der Grund, weshalb der obigen Lösung unter allen Umständen und im Gegensatz zur Wasserblau-Orcëin-Lösung freie Säure von vornherein zugemischt sein mufs; die Elastinfärbung verlangt eine solche nicht, da sich auch in einer neutralen Lösung von Orcëin und Säurefuchsin Elastin schön und elective braun färbt (genau wie bei der neutralen Lösung von Wasserblau und Orcëin).

Aus der Praxis.

Über Pruritus localis nach internem Arsenikgebrauch.

Von

Dr. E. Doctor-Frankfurt a. M.

Reiner lokaler Pruritus ohne Hautveränderungen ist eine bei Arsenmedikation relativ selten vorkommende Erscheinung. Goldschmidt[1] beobachtete unter 52 mit intravenösen Arseninjektionen behandelten Fällen nur einen Fall von Pruritus ohne gleichzeitige Dermatitis, aber vergesellschaftet mit anderen Parästhesien, stechenden Schmerzen in den Füfsen, Gefühl, als ob Patient in Disteln träte etc. Doch ist die Rolle, die das Arsen bei diesen Erscheinungen spielte, nicht ganz klargestellt, da Patient Neurastheniker und Potator war. Geyer[2] erwähnt in seiner Arbeit über die Reichensteiner chronischen Arsenintoxikationen nichts von dem Auftreten eines Pruritus bei seinen Fällen. Brooke und Roberts[3], sowie Barend[4] beobachteten bei den Arsenmassenvergiftungen in Manchester infolge des Genusses arsenhaltigen Bieres häufig Jucken am ganzen Körper, verbunden mit Gefühl des Ameisenlaufens und Kribbeln, meistens kombiniert mit Dermatitis und Arsenmelanosen, sowie anderen schweren Arsenerscheinungen. Doch scheint in diesen Fällen das Jucken z. T. wohl durch die makroskopisch sichtbaren Hautveränderungen, z. T. durch Neuritiden bedingt gewesen zu sein. Welander[5] berichtet, dafs nach intravenösen Arseninjektionen mehrfach Jucken an nicht psoriatischen Hautstellen auftrat, häufig verbunden mit Stechen und Gefühl des Einschlafens der Glieder. Welander führt diese Erscheinungen auf die intravenöse Methode der Einverleibung des Arseniks zurück. Lewin[6] erwähnt einen Fall von Pruritus vulvae nach Arsenmedikation ohne Hautveränderungen, aber bei Lähmungen. Über zwei Fälle von reinem lokalen Pruritus nach internem Arsenikgebrauch, die ich in der letzten Zeit beobachtete, referiere ich im Folgenden:

---

[1] Goldschmidt, Über Behandlung der Psoriasis mit intravenösen Arseninjektionen. VII. Dermatologenkongrefs, Breslau.

[2] Geyer, Über die chronischen Hautveränderungen beim Arsenicismus. *Arch. f. Dermat. u. Syph.* Bd. 43.

[3] Brooke und Roberts, Die Wirkungen des Arsens auf die Haut. *Brit. Journ. of Dermat.*, Bd. 13, ref. *Monatshefte f. prakt. Dermat.* Bd. 32.

[4] Barend, Hauterscheinungen infolge des Genusses arsenhaltigen Bieres. Ibidem.

[5] Welander, *Nord. med. Arkiv.* 1900, 21.

[6] Lewin, Die Nebenwirkungen der Arzneimittel.

Der erste Fall betraf einen an Psoriasis erkrankten ca. 35jährigen Herrn von kräftiger Konstitution, nicht neurasthenischem Habitus. Patient machte früher bereits zweimal eine interne Arsenikkur durch, die indessen beide Male wegen Auftretens einer starken Enteritis unterbrochen werden mufste. Da Patient auf stärker wirkende äufsere Mittel, wie Chrysarobin, Pyrogallol, Lenirobin etc. selbst bei ganz schwacher Konzentration (bis zu $^1/_{10}$%) nach kurzer Anwendung mit starker Dermatitis reagierte, leitete ich im Juli 1901 neuerdings eine Arsenikbehandlung bei ihm ein, beginnend mit 1 mgr pro die, langsam steigend bis zu 12 mgr pro die in Pillenform. Patient vertrug dieses Mal das Arsen ca. zwei Monate lang vorzüglich, es zeigten sich während dieser Zeit keinerlei unangenehme Erscheinungen. Anfang September — Patient hatte bis dahin im ganzen ca. 0,4 gr Acidum arsenicosum genommen — klagte Patient über starkes Jucken am ganzen Scrotum, ohne dafs irgend welche Hautveränderungen am Scrotum zu konstatieren gewesen wären. Psoriatische Effloreszenzen hatten am Hodensack oder in dessen Nähe niemals bestanden, z. Z. waren nur vereinzelte Psoriasisstellen an den Ellenbogen, Unterschenkeln und am Rücken vorhanden, die mit Ung. praecip. alb. eingerieben wurden, das Patient anstandslos vertrug. Abgesehen von dem Pruritus scroti fühlte sich Patient durchaus wohl, dagegen nahm dieser Pruritus trotz Anwendung juckstillender Mittel stetig zu. Als Anfang Oktober 1901 eine leichte Konjunktivitis auftrat, ging ich mit der Arsendosis binnen 4 Tagen von 12 mgr pro die auf 0 herunter mit dem Erfolge, dafs bereits am dritten Tage Pruritus und Konjunktivitis völlig verschwunden waren und verschwunden blieben. Die äufsere Behandlung mit Ung. praecip. alb. wurde fortgesetzt und dauernd gut vertragen, so dafs etwa auf das Scrotum verschlepptes Ung. praecip. alb. nicht die Ursache des Juckens gewesen sein kann.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen jungen Kaufmann, der an stark juckendem, über den gröfsten Teil des Körpers verbreitetem Lichen ruber planus litt und am 9. Oktober 1901 in meine Behandlung trat. Patient erhielt Arsen in Pillenform, beginnend mit 1 mgr pro die, täglich steigend um 1 mgr bis zu 20 mgr pro die, keine externe Medikation. Gegen Ende der dritten Behandlungswoche klagte Patient über starkes Jucken in der linken Femoralbeuge, während das Jucken am übrigen Körper bereits beträchtlich nachliefs und die Lichenefflorescenzen schon eine leichte Rückbildung zeigten. Das Jucken an der linken Femoralbeuge war um so auffallender, als an dieser Stelle keine Lichenknötchen vorhanden waren, die Haut vielmehr eine ganz normale Beschaffenheit aufwies. Die Lichenpapeln bildeten sich im Laufe der nächsten drei Wochen vollständig zurück, das Jucken an den mit Lichenknötchen bedeckten Körperstellen verschwand bereits in der fünften Behandlungswoche voll-

ständig, dagegen wurde der Pruritus in der linken Femoralbeuge trotz Anwendung antipruriginöser Medikamente beständig stärker und war in der sechsten Woche nach Angabe des Patienten fast unerträglich, blieb aber streng auf die linke Femoralbeuge beschränkt. Ich reduzierte daher die Arsendosis von 20 mgr auf 5 mgr pro die, worauf der Pruritus binnen zwei bis drei Tagen verschwand und dauernd verschwunden blieb. Sonstige Arsennebenwirkungen fehlten während der ganzen Behandlungszeit. Patient nahm noch ca. drei Wochen lang 5 mgr Acid. arsen. pro die ohne alle Beschwerden.

In beiden Fällen kann man wohl aus dem Auftreten des Pruritus localis während der Arsenmedikation bei Fehlen einer sonstigen Veranlassung zum Pruritus, der Steigerung desselben während der Fortsetzung der Arsenbehandlung und dem prompten, dauernden Verschwinden desselben nach der Herabsetzung der Arsendosis mit ziemlicher Sicherheit den Schluſs ziehen, daſs der Pruritus durch das Arsen bedingt war. Im ersten Fall spricht auch das gleichzeitige Vorhandensein und gleichzeitige Verschwinden der Konjunktivitis für diesen Zusammenhang.

In welcher Weise das Arsen den Pruritus hervorrief, dafür sind drei Möglichkeiten denkbar. Zunächst könnte man sich vorstellen, daſs das im Körper zirkulierende Arsen durch Einwirkung auf centrale oder periphere Nervenapparate das Jucken auslöste. Indessen würde uns dann nur schwer verständlich sein, warum das Jucken gerade am Scrotum, resp. der Femoralbeuge auftrat. Eine zweite Möglichkeit wäre, daſs das in der Epidermis abgelagerte Arsen durch Reizung der Nervenendapparate das Jucken hervorrief. Ferner kommt noch eine dritte Annahme in Betracht, daſs nämlich das mit dem Schweiſs ausgeschiedene Arsen es war, welches durch Reizung der Haut Veranlassung zum Jucken gab. Nach Scholz[7] gelingt es ja, mit Hülfe der sog. biologischen Methode, Arsen im Schweiſs nach innerer oder subcutaner Einverleibung nachzuweisen. Für die obige Annahme spricht, daſs sowohl am Scrotum als auch in der Femoralbeuge eine stärkere Schweiſsabsonderung und daher wohl auch eine stärkere Arsenausscheidung stattfindet. Andererseits zeichnen sich beide Körperstellen durch reizbare und empfindliche Epidermis aus. Gerade in der Genitalgegend findet sich häufig Ekzem bei Arbeitern, die mit arsenhaltigen Substanzen zu thun haben. Indessen läſst sich eine sichere Entscheidung über diese Frage wohl kaum treffen.

---

[7] Scholz, Der Nachweis von Arsen auf biologischem Wege. *Berl. klin. Wochenschr.* 1899, No. 42.

Versammlungen.

Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau.

Sitzung vom 1./14. März 1902.

Originalbericht von Arth. Jordan-Moskau.

Vor Beginn der Sitzung gedachte der Präsident, Prof. Pospelow, in ehrenden Worten des verstorbenen Ehrenmitgliedes der Gesellschaft, Prof. Kaposi.

1. Shiwult führte eine ältere Frau vor mit einem **Ulcus induratum der Nasenspitze**, wo es auch schon zu sekundären Erscheinungen (Lymphadenitis und Exanthem) gekommen war.

2. Gerschun (Gast) demonstrierte einen 57jährigen Mann mit **Pseudoleucaemia cutis**, welche angeblich vor vier Jahren begonnen haben soll und zwar sollen zuerst Geschwülste und dann der Ausschlag aufgetreten sein. Augenblicklich beobachtet man tumorartig vorspringende, geschwollene Lymphdrüsen unter den Achseln, am Halse auf dem Rücken, und ganz besonders in den Leisten. Der Hodensack ist beträchtlich vergrößert. Auf dem Körper findet sich ein aus kleinen Papeln und Exkoriationen bestehender Ausschlag, der insbesondere Brust und Rücken bevorzugt. Die Anzahl der roten Blutkörperchen beträgt 4 Millionen, diejenige der weißen 40 Tausend. Hämoglobin 80%. Milz und Leber sind nicht vergrößert. Im Urin findet sich weder Eiweiß noch Zucker. Es besteht ein Vitium cordis.

Diskussion: Tschlenow und Glawsche fragen Referenten, warum er Pseudoleukämie und nicht Leukämie diagnostiziere, wo doch die weißen Blutkörperchen vermehrt sind? Gerschun erwidert, weil die Vermehrung derselben zu gering ist für eine Leukämie. Pospelow spricht sich gleichfalls für Pseudoleukämie aus und fügt hinzu, daß unter den in der Litteratur beschriebenen Fällen von Pseudoleukämie Fälle vorkommen, wo die Vermehrung der weißen Blutkörperchen noch viel stärker war. Freilich giebt es aber Übergangsformen zwischen diesen beiden Leiden, wo eine definitive Diagnose unmöglich ist.

3. Bogrow (Gast) stellte eine Frau vor mit **Lupus vulgaris der Oberlippe**, welcher, wie die vor der Behandlung aufgenommene Moulage zeigt, unter einer viermonatlichen Behandlung mit dem Apparat von Lortet und Genoud fast geschwunden ist.

4. Metscherski präsentierte das bereits in der vorigen Sitzung vorgestellte Mädchen mit **Morbus maculosus Werlhofi**, bei dem die Hämorrhagien unter der Behandlung mit guter Kost, Eisen, Hämatogen und bei guter Pflege geschwunden sind.

5. Metscherski demonstrierte ein Mädchen mit einem etwa silberrubelgroßen Herd von **Tuberculosis verrucosa** auf dem linken Handrücken. Die Behandlung soll mit dem Holländerschen Apparat vorgenommen werden.

6. Im Anschluß hieran zeigte Speranski den von Prof. Lang-Wien **modifizierten Holländerschen Apparat**.

7. Pospelow sprach an der Hand von Moulagen und Abbildungen über **Urticaria perstans**.

8. Glawsche hielt einen Vortrag: **Zur Kasuistik der Syphilis** und besprach speziell eine Beobachtung von Diabetes insipidus auf syphilitischer Basis. Der betreffende 34jährige Patient erkrankte unter Vermehrung des Urins bis auf 9380 ccm

pro die und unter linksseitiger Hydrocelenbildung. Im Urin fand sich weder Eiweifs noch Zucker. Eine charakteristische Perforatio septi narium deutete auf Syphilis hin. Jodkalium verursachte trotz längeren Gebrauches gar keine Besserung, jedoch trat dieselbe mit einem Schlage ein unter Kalomelinjektionen. Von zehn Liter Urin sank das tägliche Quantum auf zwei, aber vollständig liefs sich die Polyurie nicht heben.

Fachzeitschriften.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1902. Heft 1.

1. **Späterfolge des chirurgischen Eingriffs in drei Fällen von traumatischer Zerreifsung der Urethra,** von Guyon. Ein zur Zeit 22jähriger Mann hatte sich vor fast 14 Jahren durch einen Fall eine Zerreifsung der Pars anterior der Harnröhre zugezogen. Das Perineum war damals incidiert und kurze Zeit später eine Urethrotomia interna und bald nach dieser eine Urethrotomia externa gemacht worden. Weitere drei Jahre später wurde bei dem Kranken eine linksseitige Uretero-Pyelitis mit Vergröfserung der Niere und Trübung des Urins konstatiert. Da eine wiederholte Urethrotomia interna mit nachfolgender Dilatationskur nur einen sehr geringen, rasch vorübergehenden Erfolg hatte, wurde die narbige Partie der Harnröhre in toto reseciert und das Perineum unter Benutzung der weichen Partien in ihrer ganzen Dicke etagenförmig vernäht. Nun entstand sehr rasch eine weite, cylindrische Striktur, die im Verlaufe der folgenden 10 Jahre sehr häufig akute komplete und inkomplete Retentionen verursachte. So oft eine solche auftrat, so oft also das Hindernis für die Urinentleerung gröfser wurde, trat auch renale Retention ein, die sich durch Vergröfserung und Schmerzhaftigkeit der linken Niere, Temperatursteigerung und vermehrten Eitergehalt des Urins äufserte; doch gelang es immer wieder, durch Erweiterung der Harnröhre und vollständige und regelmäfsige Entleerung der Blase die renale Retention zu beseitigen. In den letzten 3 Jahren nun hatten sich die Anfälle immer mehr gehäuft, es war Polyurie aufgetreten, und die renalen Erscheinungen, insbesondere die Vergröfserung der Niere, hatten sich in den anfallfreien Zeiten immer unvollständiger zurückgebildet; dabei war das Allgemeinbefinden ein sehr schlechtes geworden. Guyon entschlofs sich daher, die Niere zu spalten und zu drainieren. Die Operation und die nachfolgende Behandlung der Harnröhre hatten ausgezeichneten Erfolg, der Kranke konnte nach 6 Wochen in sehr befriedigendem Zustande die Klinik verlassen. — Der zweite Fall betrifft einen 27jährigen Mann, bei dem vor 12 Jahren infolge einer Beckenfraktur eine Ruptur der Pars membranacea der Harnröhre entstanden war. Bei dem Kranken war in den ersten beiden Jahren nach dem Unfall ebenfalls eine Urethrotomia interna und bald darauf eine Urethrotomia externa gemacht worden, späterhin waren Fisteln entstanden, die trotz Incision und Curettement sich nicht schlossen. Der Urin entleerte sich anfangs nur zum Teil, später aber vollständig durch die Fisteln. So oft sich der Kranke stark ermüdete und so oft die Urinentleerung durch die Fisteln schwieriger als gewöhnlich vor sich ging, traten Schmerzen in der rechten Nierengegend und Schüttelfröste ein, der Urin wurde stark trüb und eiterhaltig, und allmählich traten auch bei diesem Kranken, wenn die Blase sich nicht vollständig entleerte, die Zeichen

renaler Retention, Vergrößerung und Schmerzhaftigkeit der rechten Niere und Temperatursteigerung auf, um nach vollständiger Entleerung der Blase wieder zu verschwinden. — In diesen beiden Fällen war zweifellos die Harnröhrenstriktur die Ursache der renalen Erscheinungen. — In einem dritten Falle endlich handelte es sich um einen 26jährigen Mann, der vor 14 Jahren rittlings auf den Rand eines Fasses gefallen war; es hatte sich infolgedessen eine Infiltration des Perineums gebildet, die breit incidiert worden war. Durch die Wunde stiefs sich allmählich alles nekrotisch gewordene Gewebe aus, so dafs nach einiger Zeit von dem perinealen Teil der Harnröhre nur mehr ein 3—4 mm breiter Streifen der vorderen Wand übrig war. Die Fistel hatte schliefslich die Form einer 5 cm langen Rinne. Guyon machte nunmehr bei dem Kranken eine Autoplastik nach der von Anger für die Epispadie angegebenen Methode, bei der zur Deckung des Defekts unter Vermeidung jeglichen Narbengewebes zwei mit den blutenden Flächen aufeinander gelegte gesunde, geschmeidige Hautlappen verwendet werden. Drei Eingriffe waren nötig, um den vollständigen Verschluſs der Fistel herbeizuführen. In den 10 Jahren, die seit dem letzten Eingriff vergangen sind, ist bei dem Manne nie die geringste Störung von seiten des Urogenitalsystems aufgetreten.

Der Vergleich des Verlaufs in diesem und dem ersterwähnten Falle fällt sehr zu Gunsten der in dem letzten Falle angenommenen Autoplastik aus. Allerdings ist es wahrscheinlich, dafs im ersten Falle der durch die Resektion der narbigen Partien und Vernähung des Perineums gebildete Kanal bei regelmäfsiger Sondierung vollständig weit und funktionsfähig geblieben wäre. Dazu kommt, dafs bei dem Kranken zur Zeit des Eingriffs die linke Niere schon vergröfsert und der Urin bereits eiterhaltig war; die Striktur hat sich in diesem Falle sehr rasch ausgebildet, viel rascher, als eine kompensatorische Hypertrophie der Blasenmuskularis zu stande kommen konnte; es trat infolgedessen frühzeitig vesikale und dann bald auch renale Harnretention ein. Jedenfalls ergiebt sich daraus, dafs in Fällen von Zerreifsung der Harnröhre, in denen durch die Incision der Striktur die Urethra nicht genügend und nicht dauernd erweitert werden kann, möglichst frühzeitig die Resektion der narbigen Partien ausgeführt werden mufs. Weitere Beobachtungen müssen zeigen, ob nicht in Fällen von Harnröhrenzerreifsung die frühzeitige Abtragung der ganzen rupturierten Harnröhrenpartie mit nachfolgender Autoplastik die besten Dauererfolge giebt.

2. **Beitrag zur pathologischen Anatomie der Blase**, von Noël Kallé und B. Motz. Der Artikel wird fortgesetzt.

3. **Ein Fall von doppelter Urethra**, von Dubot-Brüssel. Der Verfasser konstatierte bei einem an akuter Blennorrhoe erkrankten Manne, dafs der Eiter aus zwei Öffnungen ausfloſs. Es fand sich aufser dem normal gelegenen Orificium urethrae auf der Mittellinie des Dorsum Penis an der Umschlagstelle des Präputiums noch eine zweite, halbmondförmige, nach oben konkave Öffnung, deren Breite und gröfste Höhe 5 mm betrug. Die Öffnung führte in einen subcutan, in der Mittellinie des Penisrückens verlaufenden Kanal, in welchen eine Knopfsonde No. 8 anderthalb Centimeter weit eindringen konnte. Weiterhin verengte sich der Kanal so sehr, dafs nur mehr ein fadenförmiges Bougie eingeführt werden konnte. Dieser Teil des Kanals war 9 cm lang und endigte unter dem Schambein blind, ohne Kommunikation mit der Harnröhre. — Derartige Fälle von doppelter Urethra sind bis jetzt 18 beschrieben worden. Eine allgemein befriedigende Erklärung ihrer Entstehung konnte bis jetzt noch nicht gegeben werden; der Verfasser glaubt, dafs sie auf eine partielle Ektopie der Urethralplatte zurückzuführen sind. — Der Kanal wurde durch Elektrolyse (3 in Zwischenräumen von je 8 Tagen vorgenommene Sitzungen von 15 Minuten Dauer bei Verwendung einer Stromstärke von 15—20 Milliampères) zur Obliteration gebracht; die

entstandene Narbe behindert die Erektion nicht. Die Excision eines derartigen Kanals erscheint dem Verfasser nicht empfehlenswert, einmal, weil der Kanal häufig in den Plexus Santorini mündet, und dann, weil die Narbe späterhin die Erektion erschweren kann.

1902. Heft 2.

1. **Beitrag zur pathologischen Anatomie der Blase**, von Noel Hallé und B. Motz. (Heft 1 und 2.)

Die Verfasser haben 100 im Zustande der chronischen, nicht tuberkulösen Entzündung befindliche Harnblasen makroskopisch und mikroskopisch aufs eingehendste untersucht und dabei in erster Linie konstatiert, daſs alle Fälle ausnahmslos gewisse fundamentale Veränderungen aufweisen. Rein und unkompliziert sind jedoch diese für die chronische Cystitis charakteristischen Läsionen nur in den ziemlich seltenen Fällen anzutreffen, in denen die chronische Entzündung eine vorher vollständig gesunde Blase befallen hat. Etabliert sich eine chronische Entzündung in einer bereits krankhaft veränderten Blase, dann findet man nicht mehr den reinen Typus der chronischen Cystitis; denn die Entwickelung der Entzündung wird durch die primären Veränderungen der Blase beeinfluſst. Meist handelt es sich dabei um trophische Störungen in der Blasenwand, die durch ein in den unteren Harnwegen gelegenes Hindernis für den Urinabfluſs hervorgerufen worden sind und sich nun mit den Entzündungserscheinungen kombinieren und dieselben modifizieren. Aufserdem kommen, allerdings nur vereinzelt, Fälle mit rein degenerativen Veränderungen vor. Die Verfasser unterscheiden demgemäſs folgende drei Gruppen: 2. Die reinen chronischen Cystitiden, bei denen die Veränderungen der Blasenwand ausschlieſslich durch die chronische Entzündung verursacht sind; 2. die komplizierten chronischen Cystitiden, das sind die Fälle, in denen die chronische Entzündung eine durch irgend welche mechanische Ursachen bereits krankhaft veränderte Blasenwand befallen hat, und 3. die degenerativen Entzündungen der Blasenwand, deren Ursachen unbekannt sind.

Am Schlusse ihrer ausführlichen und sorgfältigen Arbeit schildern die Verfasser die erhobenen Befunde zusammenfassend in folgender Weise: Bei der reinen chronischen Entzündung ist die Blase klein und eingezogen, die Blasenwände sind verdickt, induriert, wenig oder gar nicht dehnbar. In schweren Fällen erweisen sich alle Schichten der Blasenwand als krankhaft verändert. In der Mucosa äuſsert sich die chronische Entzündung stets durch folgende konstante, fundamentale Veränderungen: partielle oder totale Desquamation des Epithels, Dilatation der Gefäſse, Neubildung von Kapillaren, kleinzellige Infiltration, sklerotische Verdickung; in etwas akuteren Fällen komplizieren interstitielle Hämorrhagien und mikroskopisch kleine Abscesse die banalen chronischen Läsionen. In manchen Fällen entstehen auf der chronisch entzündeten Schleimhaut Papillen, Granulationen und Vegetationen, wobei die Gefäſsneubildung eine wesentliche Rolle spielt (produktive oder verruköse Cystitis). Seltener nimmt das Epithel an der pathologischen Wucherung teil: es entstehen dann papillärglanduläre Plaques, epitheliale Cysten (epitheliale verruköse Cystitis) und Leukoplakien. Die pseudomembranöse, membranöse oder nekrotische Cystitis ist charakterisiert durch eine oberflächliche Schleimhautnekrose, welche durch Gefäſsthrombosen und die dadurch verursachten diffusen, interstitiellen Hämorrhagien herbeigeführt wird. Diese Form, bei der es sich um eine akute infektiöse Komplikation schwerer, chronischer Cystitiden handelt, findet man häufig bei Kranken mit Blasensteinen, Harnröhrenstrikturen, sowie bei Prostatikern. Im Beginne gewöhnlich auf die oberflächlichen Schleimhautschichten beschränkt, kann die Nekrose sich in die Tiefe ausbreiten und die Muscularis der Blase ganz oder teilweise zerstören. Die Submucosa ist verdickt und sklerosiert und bewirkt dadurch eine enge Adhäsion zwischen Mucosa und Muscu-

laris. Die Muskelschicht ist konstant hypertrophisch, und zwar meistens in ihrer ganzen Dicke. Zwischen den hypertrophischen Muskelbündeln findet sich dichtes, verdicktes und induriertes Bindegewebe (interfascikuläre Sklerose). Oft dringt das wuchernde Bindegewebe in die Muskelbündel selbst ein (intrafascikuläre Sklerose); dabei kann das hypertrophische Muskelgewebe intakt bleiben (hypertrophische Sklerose) oder es wird durch das Bindegewebe allmählich zur Atrophie gebracht (atrophische Sklerose). Manchmal treten zu der intrafascikulären Sklerose auch noch degenerative Vorgänge hinzu, nämlich körnige und hyaline Degeneration. In schweren Fällen nimmt gewöhnlich auch die äufsere, fibro-poröse Schicht der Blasenwand an den Veränderungen teil; sie wird dicker, dichter und fettreicher (fibrös-fettige Pericystitis). Häufig weisen die Gefäfse in allen Schichten der Blasenwand sekundäre perivaskuläre Sklerose auf. — Entstehung und Verlauf der Veränderungen bei der reinen chronischen Cystitis sind einfach zu erklären. Das Wesentliche sind die Veränderungen des interstitiellen Bindegewebes: es erscheint daher die Bezeichnung „totale interstitielle chronische Cystitis" am passendsten und prägnantesten. Die Entzündung entsteht in der Mucosa und breitet sich von da aus unter Vermittelung des Bindegewebes und der Gefäfse nach aufsen hin durch alle Schichten der Blasenwand hindurch aus. Die Hypertrophie der Muscularis ist eine reine Arbeitshypertrophie: durch die krankhafte Sensibilität der Schleimhaut wird nämlich der Blasenmuskel zu zahlreichen und starken Kontraktionen gezwungen. Die sklerösen, atrophischen und degenerativen, intrafascikulären Veränderungen sind sekundärer Natur.

Bei den chronischen Cystitiden, die sich in einer bereits krankhaft veränderten Blasenwand etablieren, ist zu unterscheiden zwischen Cystitiden bei Kranken mit Harnröhrenstrikturen und den Cystitiden bei Prostatikern. Bei den chronischen Cystitiden der Kranken mit Harnröhrenstrikturen sind die histologischen Erscheinungen im wesentlichen die gleichen, wie bei den reinen, unkomplizierten Cystitiden. Nur die Hypertrophie der Muscularis ist hochgradiger als bei den letzteren: es besteht nämlich bei solchen Patienten schon vor dem Eintritt der Cystitis eine durch die Behinderung des Urinabflusses bewirkte Hypertrophie des Blasenmuskels, und diese wird durch die chronische Entzündung noch gesteigert. Sie umfafst alle drei Schichten der Blasenmuscularis in gleicher Stärke und Regelmäfsigkeit. — Viel schwieriger sind die komplizierten Erscheinungen bei den chronischen Cystitiden der Prostatiker zu erklären; hier spielen regressive, durch das Alter der Patienten verursachte Ernährungsstörungen eine Rolle. Die in diesen Fällen gewöhnlich bestehende Vergröfserung der Blasenkapazität ist von der chronischen Entzündung unabhängig; sie kommt, und zwar vor dem Eintritt der letzteren, zu stande, indem die senilen Gewebe der Blasenwand der durch die Prostata geschaffenen Behinderung des Urinabflusses keinen genügend starken Widerstand leisten können. Auch bei den Cystitiden der Prostatiker findet sich konstant Muskelatrophie; dieselbe ist jedoch entweder ausschliefslich auf die innere, netzförmig angeordnete Schicht der Muscularis beschränkt, oder doch in derselben weitaus am stärksten ausgeprägt; infolgedessen entwickelt sich bei Prostatikern häufig eine sog. Balkenblase. In den einfachsten Fällen, wenn die chronische Entzündung noch frisch, mäfsig stark und auf die Mucosa, Submucosa und die innere Muskelschicht beschränkt ist, bleibt der übrige Teil der Blasenwand schlaff; die wenig oder gar nicht hypertrophischen, manchmal sogar atrophischen Muskelbündel der mittleren und äufseren Muskelschicht werden durch reichliches, schlaffes, oft mit weichem Fett infiltriertes Bindegewebe auseinandergedrängt. In solchen Fällen kann es zur Bildung von Blasenzellen kommen. Die Veränderungen der mittleren und äufseren Muskelschicht, die Atrophie des Muskels und die Zunahme des weichen, schlaffen Bindegewebes werden weder durch die chronische Entzündung, noch durch

die Behinderung des Urinabflusses verursacht, sie sind vielmehr als primäre, lediglich durch das Alter bewirkte trophische Veränderungen aufzufassen. In einer grofsen Gruppe von Fällen sind diese primären atrophischen Läsionen der mittleren und äufseren Muskelschicht weniger stark ausgeprägt, dagegen macht sich eine entzündliche Sklerose bemerkbar. In einer weiteren Gruppe ist von atrophischen Veränderungen überhaupt nichts mehr bemerkbar; im Vordergrunde der Erscheinungen steht die chronische Cystitis, die sich von der reinen, unkomplizierten, id est totalen, interstitiellen chronischen Cystitis nur durch die Beschränkung der Muskelhypertrophie auf die innere Muskelschicht und die Bildung von Balken und Zellen unterscheidet. Bei der Atrophie der mittleren und äufseren Muskelschicht handelt es sich wahrscheinlich nicht um eine primäre Veränderung, es ist vielmehr anzunehmen, dafs der Atrophie eine kurzdauernde Periode der Hypertrophie vorausgeht. Was die eigentliche Ursache der Veränderungen der Muscularis betrifft, so ist dieselbe weder in primären Alterationen der Gefäfse, noch in Läsionen der Nerven der Blase zu suchen.

In drei Fällen, die alle drei kachektische Kranke mit Neoplasmen betrafen, fanden die Verfasser eine fettige Degeneration der ganzen Blasenwand; einen analogen Fall hat Albarran bei einem alten Manne beobachtet. Diese Art der Degeneration scheint bei allgemeinen Ernährungsstörungen infolge von Kachexie oder hohem Alter vorzukommen.

2. **Bakteriologische Untersuchungen über die Infektion der Blase, besonders hinsichtlich der Veränderlichkeit der Bakterienflora,** von R. Faltin-Helsingfors.

Der Artikel wird fortgesetzt.

3. **Anfälle von Blasentenesmus bei einem Epileptiker,** von Ch. Fiéré-Bicêtre.

Bei einem Manne, der vor mehreren Jahren lange Zeit hindurch an epileptischen Anfällen gelitten hatte und durch den Gebrauch von Extractum Belladonnae in grofsen Dosen anscheinend gesund geworden war, traten plötzlich minutenlang andauernde Anfälle von Blinzeln, besonders am rechten Auge, und Anfälle von heftigem Blasentenesmus auf. Der Kranke empfand, auch wenn er kurz vorher Urin entleert hatte, plötzlich ein heftiges Bedürfnis, zu urinieren, konnte aber nur einige Tropfen Urin auspressen. Dabei hatte er ein Gefühl von Brennen in der Eichel und Schmerzen im ganzen Unterleib. Der Schmerz verschwand nach 5—6 Minuten, doch blieb ein Gefühl von Spannung in der Blasengegend und eine kitzelnde Empfindung an der Harnröhrenmündung zurück. Die Anfälle, die nur vormittags, und zwar meist wiederholt auftraten, blieben an den Tagen, an denen sich die Anfälle von Blinzeln einstellten, vollständig aus; sie wiederholten sich oft mehrere Tage nach einander und verschwanden nach dreiwöchentlichem Gebrauch von Extractum Belladonnae. Es handelte sich bei dem Manne um epileptischen Tenesmus, d. h. um eine Form von larvierter Epilepsie.

4. **Bemerkung über einen Fall von Fibrinurie mit Albuminurie ohne Hämaturie,** von Léon Imbert und O. Blaufus.

Bei einem 54jährigen Manne, der als Kind am Sumpffieber gelitten und später Variola, akuten Gelenkrheumatismus und wiederholt Blennorrhoe durchgemacht hatte, beobachteten die Verfasser wiederholte, in unregelmäfsigen Zwischenräumen, gewöhnlich aber nach einer stärkeren Anstrengung auftretende Anfälle von Nierenkolik; dieselben hatten eine Dauer von 10—14 Stunden. Zu Beginn derselben wurde zwei- bis dreimal rasch nacheinander sehr heller, eiweifshaltiger Urin ausgeschieden; mit den weiterhin während des Anfalles erfolgenden Miktionen wurden regelmäfsig 2—3 kleine, weifse Gerinnsel entleert. Der etwa 2 Stunden nach Beginn eines Anfalles

ausgeschiedene Urin gerann nach einer Viertelstunde zu einer gelatineartigen, transparenten Masse; derselbe klebte zuerst an den Wänden des Gefäßes fest, löste sich aber allmählich von denselben los und zog sich unter Ausscheidung von Flüssigkeit immer mehr zusammen. Die Urinentleerungen waren während des Anfalles sehr zahlreich und überaus schmerzhaft. Die Anfälle traten während eines Zeitraumes von ca. 7 Monaten auf, um dann vollständig zu sistieren. An den Harnorganen ließ sich nichts Abnormes nachweisen. Die Menge des in 24 Stunden ausgeschiedenen Urins betrug 2, während eines Anfalles 3 Liter; der Urin enthielt vereinzelte Leukocyten, aber niemals Blut. Der in der anfallfreien Zeit ausgeschiedene Urin war frei von Eiweiß, der während des Anfalles entleerte Harn enthielt im Liter 6—9 g Albumin, und zwar war der Eiweißgehalt im Anfang gering, um sich rasch ganz beträchtlich (bis zu 16 g pro Liter) zu steigern. Form und Größe der ausgeschiedenen Gerinnsel waren sehr verschieden; manche hatten die Größe einer Erbse. Die Untersuchung ergab, daß die Gerinnsel aus Fibrin bestanden. Auch bei der spontanen Gerinnung des Urins handelte es sich um eine Fibringerinnung. — Eine sichere Erklärung des Falles vermögen die Autoren nicht zu geben. *Göts-München.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1902. Heft 1.

Erythrodermia congenitalis ichthyosiformis mit Hyper-Epidermotrophie, von L. Brocq. Mit diesem etwas langen Titel bezeichnet B. einen neuen Krankheitstypus, dessen erste Beobachtung in das Jahr 1881 zurückreicht und von dem im ganzen bis jetzt sechs Fälle bekannt geworden sind. Diese neue Dermatose steht der Ichthyosis foetalis am nächsten, so daß man sie vielleicht als eine Ichthyosis foetalis attenuata auffassen könnte, unterscheidet sich von ihr aber durch ein wichtiges klinisches Merkmal: die Erythrodermie. Im übrigen ist sie durch folgende wesentliche Symptome charakterisiert:

Sie ist immer angeboren und besteht, ohne das Allgemeinbefinden nennenswert zu beeinträchtigen, bis in das Mannesalter hinein; eine Heilung ist bislang noch nicht beobachtet. — Die allgemeine Hautröte ist bereits eben erwähnt; dieselbe ist in einzelnen Fällen so wenig ausgesprochen, daß sie selbst von namhaften Beobachtern vernachlässigt wurde; vorhanden ist sie aber immer und bisweilen — zumal am Hals, an den Gelenkfalten, den Extremitäten — so stark ausgeprägt, daß man an Pityriasis rubra pilaris oder Pemphigus foliaceus erinnert wird. — Ein weiteres auffallendes Symptom ist eine bedeutende Vergrößerung der Papillen, was sich namentlich am Hals, am Nacken und an den Gelenkbeugen gut beobachten läßt; man könnte hier oft meinen, eine Akanthosis nigricans vor sich zu haben. Es ist dies Verhalten die Folge einer allgemeinen, sehr lebhaften Hyperkeratosis, wodurch ja auch das ichthyotische Aussehen, zuweilen sogar das Aussehen einer Ichthyosis cornuta oder hystrix hervorgerufen wird. — Bei allen Patienten war eine starke Seborrhoe der Kopfhaut vorhanden. Das merkwürdigste Symptom aber besteht in dem raschen Wachstum der Nägel und Haare, so daß diese beiden Hautanhänge viel häufiger als beim gesunden Menschen geschnitten werden müssen. — Endlich kam es in einzelnen der bisher vorliegenden Fälle noch zur Bildung von Blasen auf der Haut, dieselben hatten einen serösen Inhalt und erinnerten an Pemphigus foliaceus.

Ätiologisch ließ sich nichts Bestimmtes ermitteln, doch ist Br. geneigt, der ererbten Syphilis einen gewissen Einfluß zuzuschreiben.

Es wird dann noch eingehend das Verhältnis dieser Dermatose zur Ichthyosis foetalis erörtert; sollte letztere — worauf in der Zukunft stets sorgfältig zu achten

sein wird — auch immer von Erythrodermie begleitet sein, dann hätten wir die Identität dieser beiden Krankheitsformen anzuerkennen.

Ulcus bullosum chronicum des Unterschenkels, von Du Castel. Es wird über zwei Fälle eines eigentümlichen Unterschenkelgeschwürs berichtet. Es entwickeln sich zuerst Blasen, die aber nicht glatt abheilen, sondern in oberflächliche Geschwüre übergehen, die sehr blutreich sind und verhältnismäfsig schnell vernarben. Während der Vernarbung entstehen rings um die Geschwürsflächen neue Bläschen, auf der Geschwürsfläche selber aber diphtheroide Flecken. Bei Besprechung der Diagnose kommt Verfasser zu der Meinung, dafs wir hier einen nervösen Prozefs vor uns haben. Er erklärt sich freilich aufser stande, dies zu beweisen.

Türkheim-Hamburg.

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1902. Heft 1.

Alkoholismus und Prostitution, von Henri Fournier. Unter diesem Titel hat Madame Legrain, Gründerin und Vorsitzende der Union Française des Femmes pour la Tempérance einen Aufsatz veröffentlicht, den F. hier einer sehr kurzen, wohlwollenden Besprechung unterzieht. Aus dem Inhalt erfahren wir, dafs in Frankreich die Insassen der Bordelle zum Verzehren grofser Alkoholmengen gezwungen werden. F. wünscht mit Mme. L., dafs der Verkauf von Spirituosen in den öffentlichen Häusern ganz untersagt werde.

Weitere Übertragungsmöglichkeiten der Lepra, von Gravagna - Catania. G. hat das Metallgeld einer Patientin, deren Hände mit zahlreichen Lepraknoten bedeckt waren, untersucht und darauf mehrfach den Hansenschen Leprabacillus gefunden. Auf Geld von nicht leprösen Leuten liefs er sich nicht nachweisen. Auf bacillenfreiem Gelde, dafs die Frau mehrere Monate bei sich trug, siedelte sich der Hansensche Bacillus wieder an.

Über die Beschaffenheit des Blutes bei Syphilis, Tabes und progressiver Paralyse, von Sabrazès und L. Mathis. In fünf Fällen von primärer Syphilis fanden die Verfasser eine geringe Verminderung des Haemoglobin-Gehaltes des Blutes neben schwacher Leukocytose. Bei 21 Fällen von sekundärer Syphilis waren die Anämie und die Leukocytose noch verschärft, bei sieben Fällen der tertiären Form dagegen war die Blutzusammensetzung fast wieder normal. — Etwas Anämie bestand auch in sieben Fällen von Tabes. — In dem euphorischen Stadium der progressiven Paralyse (acht Fälle) war eine Hyperglobulie die auffälligste Veränderung. — Die Morphologie der roten Blutkörperchen wies bei keiner der drei Krankheitsformen eine nennenswerte Veränderung auf; erwähnenswert wäre höchstens das ganz vereinzelte Vorkommen polychromatischer Erythrocyten.

Ein Fall von angeborener Alopecie, von Ch. Audry. Zu den drei bereits früher mitgeteilten Fällen von angeborener Alopecie fügt A. jetzt einen vierten hinzu. Das kleine, sonst ganz gesunde, vierjährige Mädchen hat auf dem Kopf nur spärliche Lanugo, so dafs die Kopfhaut überall hindurchschimmert; nirgends normale Haare nur auf einem kleinen Naevus pigmentosus am Vorderkopf findet man solche. Auch die Augenbrauen sind verkümmert und die Wimperhaare der unteren Augenlider fehlen gänzlich. Der Körper ist frei von Ichthyosis und Keratosis pilaris, nur die Kopfhaut ist augenscheinlich der Sitz einer Parakeratose; über deren Natur konnte A. aber nicht ins Reine kommen, da Biopsie nicht möglich war.

Die Behandlung der Nagelentzündungen mit dem Galvanokauter, von Henri Fournier. Bei ganz veralteten Nagelentzündungen, wenn die Krankheit bereits

bis zur Matrix vorgedrungen ist, bedient sich F. mit sicherem Erfolg des Galvanokauters. Eine rotglühende Nadel wird vom Rande aus einige Millimeter weit in die tieferen Schichten des Nagels eingeführt; das Verfahren wird wiederholt, wenn die Krusten sich anschicken, abzufallen. Diese Behandlungsweise, die ziemlich schmerzlos ist, hat nur in veralteten Fällen Erfolg. *Türkheim-Hamburg.*

Bücherbesprechungen.

Therapie der Hautkrankheiten, von Dr. Friedrich Luithlen. (Alfred Hölder. Wien und Leipzig. 1902.) Der Verfasser teilt sein 205 Seiten umfassendes Buch in zwei Abschnitte, von denen der erstere der Therapie der Hautkrankheiten gewidmet ist. Diese sind dem Alphabete nach angeordnet, und bei einer jeden gehen der Besprechung der Therapie einige Worte über Anatomie und Ätiologie voraus.

Im zweiten Abschnitt sind — ebenfalls in alphabetischer Anordnung — die für die Dermatotherapie wichtigen Medikamente und mechanischen, sowie physikalischen Maßnahmen besprochen. Den Schluß bilden 200 Rezepte.

Der Verfasser, der sein Buch für den praktischen Arzt geschrieben hat, berücksichtigt die Diagnose gar nicht. Das Buch dürfte demnach als ein Appendix zu einer dermatologischen Diagnostik zu betrachten sein, und als solcher ist es praktisch und handlich eingerichtet.

Was den Inhalt betrifft, so ist der Autor offenbar bemüht, den neuesten Errungenschaften der Dermatotherapie in den letzten zwanzig Jahren Rechnung zu tragen. Trotzdem findet sich naturgemäß hin und wieder ein Kapitel, das vielleicht bei der nächsten Auflage etwas anders gestaltet werden könnte.

So wird die Acne rosacea noch immer als selbständiger Begriff aufgefaßt, anstatt sie der Rosacea zuzuweisen und scharf von der Acne juvenilis zu trennen. Bei der Acne vulgaris wird nach Aufzählung einer Reihe von Maßnahmen schließlich erwähnt, daß man Herde, die Eiter enthalten, auch eröffnen könne. Es dürfte das die erste und wichtigste Aufgabe sein.

Beim Carcinom der Haut wird weder der innerlichen noch der äußerlichen medikamentösen Behandlung gedacht trotz der guten Resultate, die von den verschiedensten Seiten berichtet werden.

Weshalb beim nässenden Ekzem Pasten, die doch gerade Feuchtigkeit aufsaugen, kontraindiziert sein sollen, ist nicht recht ersichtlich, noch weniger, welche Nachteile nach Abheilung eines Ekzems das Baden bringt. Mit Vorsicht angewandte Bäder schützen sogar zweifellos gegen Rückfälle. Schließlich wird das Chrysarobin und Pyrogallol, das doch bei allen schweren Ekzemfällen die Hauptrolle spielt, nicht genügend gewürdigt.

Bei der Behandlung der Furunkel und der Sycosis staphylogenes dürfte das Einstechen mit dem Mikrobrenner vor einem Ausbrennen mit folgender Tamponade entschieden den Vorzug verdienen. Ebenso ist dem Autor zu raten, sich mit der vorzüglichen Wirkung des Quecksilber- oder noch besser des Quecksilber-Karbol-Pflastermulls bekannt zu machen, das bei ihm eine ganz untergeordnete Rolle spielt.

Bei der Behandlung des Lupus vulgaris hätte Unnas grüne Salbe und vor allem seine Spickmethode Erwähnung verdient.

Im zweiten Teil des Buches wird dem Schwefel bei weitem nicht die Beachtung geschenkt, die er verdient.

Vielleicht kann der Verfasser den einen oder anderen der vorstehenden Ratschläge bei der nächsten Auflage seines Buches, die wir ihm recht bald wünschen, verwerten. *Richter-Hamburg.*

Die Technik der Kosmetik. Handbuch der Fabrikation, Verwertung und Prüfung aller kosmetischen Stoffe und der kosmetischen Spezialitäten, von Dr. Theodor Koller. (Hartlebens Verlag, Wien, Pest, Leipzig. 1901.) Wie Verfasser selbst in dem Vorwort sagt, hat das vorliegende, streng wissenschaftlich gehaltene Buch vor allem den Zweck, mit vielen bedeutungslosen, bis jetzt aber weit gerühmten Mitteln aufzuräumen und die Technik der Kosmetik zu einem wissenschaftlichen Zweig der Naturwissenschaften umzugestalten. In diesem Sinne wird hier der höchst dankenswerte Versuch gemacht, die Grundprinzipien, von welchen bei der Komposition der einzelnen Mittel ausgegangen werden soll, darzulegen, neben den einfachsten Methoden auch zugleich die besten vorzuführen und dem kosmetischen Techniker bei der Darstellung aller hierher gehörigen Präparate führend und ratend an die Hand zu gehen. Das Gesamtgebiet der Kosmetik umfaßt die rationelle Pflege der Haut, des Haares, der Zähne und des Mundes; die Aufgaben der Kosmetik, wie sie Verfasser in einem einleitenden Kapitel kurz schildert, sind daher hygienischer und ästhetischer Natur. Die Materialienkunde, als Gewinnung der Riechstoffe durch die verschiedenen Methoden und die einzelnen, in der Kosmetik verwendeten, chemischen Produkte finden eingehende Beschreibung, wohl den Hauptteil des Buches bildend. Es folgen dann die allgemeinen kosmetischen Mittel und sind in vier Abschnitten die Mundwässer und Zahnpasten, die Enthaarungsmittel (Depilatorien), Haarpflegemittel, kosmetischen Zusätze besprochen. Von den weiteren Kapiteln interessieren uns hier die kosmetischen Spezialitäten, wie die Haarfärbemittel, die Haarwaschwässer, die Haarwuchs befördernden Mittel, die Depilatorien, die genaue Analysierung der berühmten Zahnwässer, wie Odontine, Kalodont u. s. w. Die antiseptischen Wässer und ihre praktische Bedeutung für die Kosmetik sind von besonderer Wichtigkeit bezüglich der Haarpflege (Haarwässer). Die Darstellung der antiseptischen Seifen und deren Verwendung in der Kosmetik interessieren den Dermatologen ebenso wie das Kapitel über kosmetische Toiletteseifen und hygienische Seifen; die kosmetischen Geheimmittel, die sich auf die Pflege der Haare, auf die Pflege des Teints und der Haut beziehen, werden beinahe sämtlich in gewissenhafter Weise aufgezählt und kurz analysiert. Das Schlußkapitel bildet die Prüfung und Untersuchung von in der kosmetischen Technik verwendeten Stoffen. Wenn auch dieses, wie überhaupt das ganze Buch, in erster Linie für den Fachmann, d. h. den Techniker und Fabrikanten, bestimmt sein dürfte, so kann auch der Arzt und besonders der Dermatologe aus manchen Kapiteln, wie angedeutet, Belehrendes und wohl Brauchbares genug sich erholen.

Stern-München.

Die Diagnose und Behandlung von Hautkrankheiten [durch den praktischen Arzt, von P. G. Unna-Hamburg. (*Die deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts,* herausgegeben von Leyden und Klemperer. Berlin und Wien 1901, Urban & Schwarzenberg.) Neuerdings führt man namentlich in Frankreich einen beträchtlichen Teil der Hautkrankheiten wieder auf allgemeine und innere Ursachen, auf Diathesen und Autointoxikationen zurück, die im Grunde für uns doch noch mehr „Worte" als „Begriffe" darstellen. Demgegenüber hält Unna erfreulicherweise daran fest, daß die meisten Dermatosen als selbständige, durch äußere Ursachen bedingte

und unterhaltene Organerkrankungen der Haut aufzufassen sind. Aus dieser Auffassung resultiert natürlich die Forderung, bei jeder Hautkrankheit die Hautveränderungen eingehend, insbesondere mikroskopisch zu studieren; denn nur auf diese Weise wird es möglich, eine rationelle Therapie einzuleiten, d. h. im einzelnen Falle diejenigen Medikamente in Anwendung zu bringen, die geeignet sind, die vorliegenden Hautveränderungen zu bekämpfen und zu beseitigen. An den für den praktischen Arzt wichtigsten Dermatosen, dem Ekzem, der Psoriasis, die er als „ein Anhängsel des Ekzems, eine besondere Form von trockenem, seborrhoischem Ekzem auf einer eigens disponierten und strukturierten Haut" auffafst, den follikulären Erkrankungen der Haut, den Harnerkrankungen, einigen Pilzaffektionen der unbehaarten Haut, den Oberhautgeschwülsten und den Krankheiten der Cutis zeigt nun Unna, wie man rationell behandeln kann und mufs, welche histologischen Veränderungen im einzelnen Falle vorliegen und welche Mittel dagegen anzuwenden sind. Dafs Unna sein Thema in vollendeter Weise behandelt, das zu betonen, ist im Grunde überflüssig. Die zahlreichen Details des Vortrages hier anzuführen, ist des Raumes wegen nicht möglich; es ist auch nicht nötig, da die Einzelheiten wohl alle schon von Unna in seinen zahlreichen Veröffentlichungen und Vorträgen mitgeteilt wurden und daher dem Dermatologen nicht mehr unbekannt sind. Dem praktischen Arzte, für den ja die ganze Arbeit berechnet ist, bietet der Vortrag eine Fülle von Belehrung.

Götz-München.

Lehrbuch der Hautkrankheiten, von Max Joseph. 4. Auflage. (Leipzig 1902, Georg Thieme.) Wenn Josephs Lehrbuch innerhalb von sieben Jahren bereits die vierte Auflage erlebt, so bedarf es keiner besonderen Kritik mehr, der Erfolg selbst spricht für die Güte des Werkes, und die empfehlenden Worte, welche von allen Seiten den früheren Auflagen gewidmet sind, können auch für die neue, die in mancher Weise durch Berücksichtigung der Ergebnisse neuerer Forschungen ergänzt und um fünf Abbildungen und eine Tafel vermehrt ist, nur wiederholt werden. Möge diesem trefflichen Werke bald die fünfte Auflage folgen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Die Hautfarbe der neugeborenen Negerkinder, von Schiller-Tietz. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901, No. 36.) Die Negerkinder kommen, wenn auch nicht ausgesprochen weiss, so doch hellfarbig zur Welt und erst nach mehr oder minder langer Zeit nehmen sie die dunkle Farbe des betreffenden Volksstammes an. Der Farbstoff ist wahrscheinlich derselbe, wie in den dunklen Haaren der weifsen Rasse, so dafs in dieser Hinsicht der Unterschied zwischen dem Neger und dem Weifsen nur ein quantitativer ist. *F. Hahn-Bremen.*

Bakteriologie.

Über die feinere Struktur der Kokken, von P. G. Unna. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1901, No. 44.) In bekannter scharfsinniger Weise behandelt U. die ganze Frage der Kokkenfärbung. Die Methylenblau-Tannin-Orange-Methode erwies sich ihm als be-

sonders brauchbar zur Aufschliefsung der Kokkenstruktur, d. h. der Differenzierug der Kokkensubstanz derart, dafs das Protoplasma und die Hülle scharf geschieden hervortreten. Man erkennt dabei, dafs die Hüllen der verschiedenen Kokken in sehr verschiedenem Grade die saure Gegenfarbe annehmen, und dafs die Hüllsubstanz sich bei den meisten Kokken in das Innere fortsetzt und das Protoplasma halbiert, so dafs Doppelkokken entstehen. Die aufschliefsende Färbung gewährt die Möglichkeit einer rationellen Unterscheidung und Einteilung der Familienformen der Kokken und giebt zugleich ein Mittel, die Arten der Haufenkokken systematisch zu gruppieren. Als Ergänzung dient die Methylenblau-Tannin-Vesuvin-Essig-Methode, welche bei den stärkst basophilen Kokken der höheren Stufen anwendbar ist, sie zeigt auch die Existenz von Riesenkokken. Zur Darstellung eines positiven Hüllenbildes eignet sich die Säurefuchsin-Pikrin-Methode, sie zeigt, dafs bei jedem Coccus sich eine stark und scharf gefärbte Hülle (rot) von dem schwächer (gelb) gefärbten Protoplasma abheben läfst. Die Osmium-Methode schliefslich giebt Aufschluſs über die Beschreibung der Familien- und Riesenformen, letztere treten in ganz besonders starker Weise in den Osmiumbildern hervor, hauptsächlich, wenn die normalen Formen nur leicht geschwärzt werden. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Der Gonococcus und seine Toxine, von J. Rilus Eastman-Indianopolis. (*New York. med. Journ.* 28. Sept. 1901.) Ohne wesentlich neues zu bringen, berichtet Verfasser ausführlichst über den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse bezüglich der Morphologie des Gonococcus, dessen Färbung, Reinkultur (mit einer Reihe von [10] Abbildungen) und schliefslich des jüngsten Kindes der Forschung, der Gonotoxine. Die Untersuchungen von Wassermann und Nicolaysen führten bekanntlich zu dem Ergebnisse, dafs der Gonococcus ein Toxin enthält, das aber nicht leicht von dessen Körper vor seiner Zerstörung zu trennen ist; zu demselben Resultate kam auch Verfasser, welcher als Nährmedium zur Reinkultur Kaninchenblutserum, zu 5% mit Glycerin versetzt, verwandte und seine bezüglichen Versuche hier wiedergiebt. Auch Vaughan, De Christmas u. a. machten in dieser Richtung Experimente; es ist wohl jetzt zweifellos, dafs das Gonotoxin frei werden und in Fällen von Allgemeininfektion überall im Organismus verbreitet werden kann, ob Zerstörung des Bakterienkörpers für die Freiwerdung des Giftes eine notwendige Bedingung ist oder nicht. Bei den Studien über Immunität bildet die Unempfänglichkeit der Tiere ein beinahe unüberwindliches Hindernis zur Erzeugung eines Heilserums auf gewöhnlichem Wege. Dafs ein gewisser Grad von natürlicher Immunität bei Leuten, die vollständig von einer Blennorrhoe geheilt sind, existiert, erscheint Eastm. nach den täglichen Erfahrungen der Praxis wahrscheinlich, wenn auch schwer zu beweisen. (Es müfste dann das Vorkommen akuter Blennorrhoe nach einmaligem Überstehen derselben weit seltener sein, als man dies thatsächlich jeden Tag erlebt. Refer.) Die grofse Häufigkeit der Blennorrhoe bei Kindern soll in dieser Beziehung sehr bezeichnend sein, dieselben seien besonders empfänglich für die Tripperinfektion, mit vorschreitendem Alter würden frische Infektionen seltener. Nach Jens Paulsen sollen blennorrhoische Hautkrankheiten bei neugeborenen Kindern viel häufiger sein als ähnliche Eruptionen bei Erwachsenen, die an der Krankheit leiden; sie seien durch den Gonococcus verursacht und sind etwa metastatisch von einer Ophthalmie aus verursacht oder direkte Hautinfektionen. In ernsten Fällen sollen auch Drüsenschwellung und Eiterung als direkte Folge der Gonokokkeninfektion auftreten. All diese Thatsachen bestärkten Verfasser noch mehr in seiner schon erwähnten Ansicht, dafs einmal geheilte Blennorrhoe in gewissem Grade Immunität gegen einen weiteren Anfall verleiht. Jedenfalls bedarf es noch vieler Forschungen, um dieses schwierige Gebiet völlig aufzuklären.

Stern-München.

Hygiene.

Welche Maßnahmen können behufs Steuerung der Zunahme der Geschlechtskrankheiten ergriffen werden? von Felix Block. (*Samml. klin. Vorträge* No. 317.) Die Geschlechtskrankheiten werden am meisten durch die Prostitution verbreitet und zwar vor allem durch die geheime Prostitution. Die Ursache zur Prostitution liegt im männlichen Geschlechtstrieb und der sozialen Unmöglichkeit, im naturgemäßen Alter zu heiraten. Um der Verführung der Männer zu steuern, empfiehlt sich die Einschränkung der Konzessionierung der Tingeltangel, die Erweiterung der Defloration sklage und der Alimentationspflicht, die strenge Bestrafung des Zuhältertums, die Belehrung der jungen Männer über die Gefahren der Prostitution. Das Weib kommt zur Prostitution durch angeborene Lasterhaftigkeit, Verwahrlosung in der Kindheit, schlechtes Beispiel, Zusammenarbeiten mit Männern, Arbeitsscheu, Putzsucht, ungenügendem Verdienst, zuweilen auch durch Übereifer der Polizeibeamten. Um die Prostitution in Schranken zu halten, bestehen die Gesetze über Fürsorgeerziehung und ähnliches. Gegen die Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten empfiehlt sich die polizeiärztliche Kontrolle, deren Abschaffung Verfasser für unrichtig halten würde, er widerlegt die Ansichten der Abolitionisten, die geheime Prostitution erscheint ihm weitaus gefährlicher. Als Grundsätze für eine Neuregelung der Prostitution schlägt B. vor: Anerkennung der sozialen Notwendigkeit der Prostitution, Fernhaltung der Prostitution von den Familien, thunlichste Assanierung der gesamten Prostitution, Untersuchung der Prostituierten in einem Ambulatorium durch spezialistisch ausgebildete Ärzte mit Zuhilfenahme des Mikroskops. Die Behandlung im Krankenhaus soll human sein. Zur Kostendeckung sind die Prostituierten selbst mit heranzuziehen, es empfiehlt sich die Einrichtung obligatorischer Krankenkassen. Auch gegen die Männer, welche wissentlich ansteckende Krankheiten verbreiten, muß gesetzlich schärfer vorgegangen werden, die Ärzte sollen für zwangsweise Unterbringung der Verdächtigen im Krankenhaus sorgen, und zwar dürfen nur approbierte Ärzte Geschlechtskranke behandeln, am besten wären Spezialkrankenhäuser. Die Schrift B.s ist sehr lesenswert und erschöpft in klarer Weise nach Möglichkeit das Thema. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die venerischen Krankheiten in den warmen Ländern, von B. Scheube-Greiz. (*Med. Woche.* 1901. No. 48, 49, 50.) Aus dem reichen Material, welches Sch. nicht nur eigenen Erfahrungen, sondern auch der Güte einer großen Anzahl von Kollegen aller südlichen Länder, an welche Verfasser Fragebogen gerichtet hatte, verdankt, kommt er zu folgenden Schlüssen. Die Syphilis ist in den Tropen fast allgemein verbreitet mit Ausnahme weniger, dem Verkehr noch nicht geöffneter Gegenden in Hinterindien, Luzon, im Herzen Afrikas, Neu Guinea u. s. w. Je freier und uneingeschränkter sich die Prostitution in einem Lande entfaltet, desto verbreiteter ist dort die Syphilis. Eine besondere tropische Form existiert nicht, doch verläuft sie bei den Eingeborenen meist rascher und ist oft schwerer, das Rassenelement spielt dabei keine Rolle, vielmehr die oft unrationelle Behandlung. Tabes und progressive Paralyse sind selten, dagegen sind in einzelnen Gegenden (Japan, Egypten, Cuba) Arteriosklerosen und Aneurysmen häufig. Der weiche Schanker ist sehr verbreitet, in Algerien, Tunis, Natal, Brasilien kommt der phagedänische Schanker oft vor. Am verbreitetsten ist der Tripper. Den amerikanischen Ursprung der Syphilis hält Sch. für wahrscheinlich. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Absonderung der Prostituierten. (*St. Louis Med. Rev.* 1901. No. 26.) Angesichts der Weltausstellung von 1903 agitiert man in St. Louis dafür, das den

Prostituierten ein bestimmtes Wohngebiet zur Ausübung ihres Gewerbes festgesetzt werde. Als aktuell wird daher der Bericht zitiert, den eine Kommission der New York County Medical Society zu dieser Frage erstattet hat. Darin wird es für gegenwärtig nicht ratsam erachtet, den Prostituierten bestimmte Stadtteile eigens anzuweisen; dies käme einer gesetzlichen Anerkennung der Institution nahe. Man halte nur streng darauf, dafs die Puellae allein wohnen, nicht mit anständigen Familien in einem Hause. Auf diese Weise wird sich die Prostitution allmählich von selbst in bestimmte Straßen zurückziehen, und der Polizei liegt nichts weiter ob, als nach den bereits bestehenden Vorschriften öffentliche Ordnung und Sitte aufrecht zu erhalten. — Wie der Aufsatz noch anführt, erregte 1873 in St. Louis eine Verordnung, welche die regelmäfsige Untersuchung und sonstige staatliche Überwachung der Prostituierten bestimmte, allgemeine Opposition und mufste schleunigst widerrufen werden.

Max Levor-Hamburg.

Blennorrhoe und Prostitution, von Prowe-Chocolá. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1901. No. 45.) P. hat in den Jahren 1888—90 durch eine gynäkologische Untersuchung in San Salvator unter 407 kranken Prostituierten 254 mit Blennorrhoe allein, 47 mit Blennorrhoe und Syphilis, 10 mit Blennorrhoe und Ulcus molle, zusammen 75% gefunden. Er richtete seine Therapie auf die Verminderung der pathologischen Sekrete und legt keinen besonderen Wert auf den Gehalt an Gonokokken. P. schildert dann ausführlich die von ihm angewandte Therapie, deren eingehende Beschreibung hier zu weit führen würde. P. hält den Kampf gegen die Blennorrhoe der Weiber für aussichtsvoll, trotzdem die Gonokokken nicht abgetötet werden; gynäkologische Behandlung unter grundsätzlichem Verzicht auf Mikrobientötung erreicht bei der nötigen Ausdauer das Ziel bei den Prostituierten. Die Bakteriologie, die bisher der ätiologischen Forschung viel, der praktischen Heilkunde fast nichts geleistet hat (!), mufs auch für die hygienische Überwachung der Prostitution aus der Stellung der anmafsenden Herrscherin verdrängt werden. (Der Artikel dürfte bei vielen auf lebhaften Widerstand stofsen. Der Ref.)

Bernhard Schulze-Kiel.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Studien über die altegyptologische Parasitologie, von Felix von Oefele-Bad Neuenahr. (*Arch. de parasit.* 1901. No. 4.) I. Teil: Äufsere Parasiten. Allgemeine Wichtigkeit der Parasitologie für Egypten.

Die sehr gelehrte Abhandlung, eine Bearbeitung der Parasitologie der Hieroglyphenlitteratur, enthält mancherlei für den Dermatologen Interessantes. Es geht aus ihr hervor, dafs gewisse Gebräuche, wie das Einbalsamieren der Leichen, die „antipathische" Therapie (Fett von Katzen gegen Mäuse, von Vögeln gegen Fliegen etc.), das Tragen von Schutzamuletten und Siegelsteinen, das Aufstellen gewisser Götterfiguren u. s. w. als Abwehrmafsregeln gegen Parasiten zu betrachten sind. Speziell die Hautparasiten waren den alten Egyptern sehr geläufig und wurden schon im allgemeinen präservativ bekämpft: strenge Reinheitsvorschriften bestanden bei der Kaste der Priester, der fast jeder „bessere" Egypter angehörte; aber auch in weiteren Kreisen wurde durch das Scheren von Haar und Bart bei Männern, durch den Gebrauch von Kamm und Rasiermesser, durch die Einfachheit und Sparsamkeit der Gewänder und durch reichliches Baden für eine rationelle Pflege von Haut und Haar gesorgt. Krankheiten durch Parasiten waren daher nur in den niederen Volksschichten verbreitet, die Reinheitsvorschriften nicht befolgten. Wohlbekannte Parasiten waren Muscidenlarven, Filaria medinensis, die verschiedenen Formen von

Pediculi, von denen die Kleiderläuse die verbreitetsten waren, ferner Pulex irritans, der als Hausparasit angesehen wurde; Scabies und scabiesähnliche Krankheiten (Impetigo, Pruritus) mußten von den ältesten Hieroglyphenzeiten bis zu den Kopten vom Arzte vielfach behandelt werden. Rezepte gegen Krätze und die anderen Parasitenkrankheiten finden sich zahlreich überliefert. Die Wanzen sind den Kopten bekannt, in den Hieroglyphen sind sie bisher nicht erweislich. Von Parasiten auf Tieren ist Hypoderma bovis bereits in den ältesten medizinischen Schriftstücken ausführlich beschrieben; auch die Pupiparae (Lausfliege) waren bekannt. — An blutsaugenden Dipteren war Egypten mit seinen periodischen Überschwemmungen reich; gegen Fliegen und Mücken suchte man sich durch Fliegenwedel zu schützen, für welche besondere Wedelträger gehalten wurden. Von stechenden Insekten stand die Biene in erster Reihe, deren Zucht von den alten Egyptern bereits eifrig betrieben wurde. (Fortsetzung folgt.) *A. Loewald-Cassel.*

Die Dermatosen in ihren Beziehungen zu den Dyspepsien, von Sabou-Liberal. (*Thèse Paris* 1901. Nach *Journ. d. pratic.* 1902. No. 3.) Zusammenfassende Darstellung der Beziehungen, die zwischen den einzelnen Dermatosen und den Dyspepsien bestehen. Die Abhandlung scheint nach dem vorliegenden kurzen Referate neues nicht zu enthalten. *Götz-München.*

Notizen über einige Hautaffektionen, von G. C. B. Isotoon-London. (*Lancet.* 14. Dez. 1901.) Diese Mitteilung bezieht sich auf einen Fall von epidemischer Acne varioliformis bei einem 20jährigen Manne. Von seinen Arbeitskollegen sollen 3–4 die gleiche Affektion dargeboten haben. Die Läsionen waren hauptsächlich am Gesicht, der Brust und vereinzelt an Armen und Beinen lokalisiert. Heilung erfolgte stetig unter äußerer Applikation der Hutchinsonschen Mischung (Liquor carbonis detergens, Spiritus rectificatus, Liq. plumb. subacetat. aa) und innerer Darreichung von Calciumsulphid (0,006 ter die in Pillenform) nebst Liquor Fowler. Ferner berichtet I. über einen Fall von nicht spezifischem und von syphilitischem Pemphigus neonatorum. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Die allgemeinen Grundsätze der Behandlung von Hautkrankheiten, von W. Evans-London. (*Lancet.* 4. Jan. 1902.) Enthält nichts Neues.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Balneotherapie der Hautkrankheiten, von Emil Weyhen-Budapest. (*Balneolog. Centralztg.* 1901. No. 48.) Eine warme Verteidigung aller Art von Bädern bei den verschiedensten Hautkrankheiten, indifferente temperierte beim akuten Ekzem, Teerbäder bei chronischem Psoriasis, Pruritus, Herpes tonsurans u. a. m. Schwefelbäder bei Furunkulose, Prurigo, Wasserbett bei Pemphigus, Pityriasis rubra, Brandwunden, Ichthyosis u. s. w. Es handelt sich lediglich um bekannte Dinge.
Bernhard Scheulse-Kiel.

Kommentar zu Methoden und Präparaten Prof. Dr. C. L. Schleichs, von Wittkowski. (*Med. Woche.* 1901. No. 52.) Die Serumpaste dient bei Verbrennungen ersten und zweiten Grades als Mittel, um schnell einen Wiederersatz der zerstörten Epidermis zu liefern, sie ist beim Ekzem der Kinder und Herpes zoster ein wertvolles Medikament. Die Wachspaste eignet sich zur Ausheilung kleiner Wunden und gegen Verbrennungen und Frostbeulen. Zur Pflege der Haut und zur Ausheilung

aller Schrunden, Sprünge und Risse dient die kosmetische Hautcrême, während sich das Serumpulver zur Bedeckung primär genähter Wunden empfiehlt.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über die Behandlung mit Dr. Freys Heifsluftdouche, von B. Belzer-Baden-Baden. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1901. No. 44.) Mit der Heifsluftdouche ist man im stande, an jeder beliebigen Körperstelle intensive aktive Hyperämie hervorzurufen und zu unterhalten, das Zellleben anzufachen, die Schweifsproduktion zu vermehren, den Gesamtstoffwechsel anzuregen, und dies alles, ohne stärkere taktile Reize zu setzen. Man kann somit durch diese Anwendung die verschiedensten funktionellen und organischen Erkrankungen mit Erfolg behandeln, besonders die Neuralgien. Eine Anzahl von Krankengeschichten, wie Neuritis, Neuralgie, Schmerzen bei Tabes dorsalis, Gicht, Angina pectoris, Sklerodermie, Ischias, Lumbago, bei denen sich das Verfahren bewährte, illustrieren das Gesagte. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Der gegenwärtige Stand der biologischen Lichtforschung und der Lichttherapie, von S. Bang-Kopenhagen. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1901. No. 49.) Die photobiologischen Untersuchungen haben bisher gelehrt, dafs die brechbarsten Strahlen (violett und ultraviolett) eine spezifische Hautentzündung hervorrufen, incitierend auf den Organismus, wohl hauptsächlich durch reflektorische Vorgänge wirken und eine starke bakterientötende Wirkung haben. Die Lichttherapie läfst sich in positive und negative teilen. Die negative geht darauf aus, alles Licht oder doch den chemisch wirksamen Teil von dem Patienten abzuhalten, sie hat sich bewährt gegen lokale Hautleiden, Variola. Die positive Lichttherapie verwendet teils das Licht für Allgemeinbehandlung, teils lokalen Leiden gegenüber, und zwar hauptsächlich gegen Hautleiden. Die Allgemeinbehandlung verwendet teils Sonnenlicht, teils elektrisches Bogenlicht oder Glühlichtbäder, jedoch ist der Wert noch nicht festgestellt. Der einzige Zweig der positiven Lichttherapie, der sowohl wissenschaftlich wie praktisch wohlbegründet erscheint, ist die lokale Lichttherapie, so wie sie von Finsen ausgebildet ist und besonders beim Lupus vulgaris, Alopecia areata, Acne vulgaris, Naevus vascularis u. s. w. mit grofsem Erfolg angewandt wurde. Leider sind die jetzigen Apparate noch recht kostspielig, doch wird die Lichttherapie sicher eine grofse Zukunft haben, zumal die Technik stets bestrebt sein wird, billigere gleichwertige Apparate zu schaffen, wie auch B. bereits einen neuen Apparat konstruiert hat, der schnell und billig gute Resultate erzielt. Für die lokale Hautbehandlung benutzt er eine ganz kleine Lampe, die er näher beschreibt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Lichtbehandlung, von Fovrau de Courmelles. (*Médecine orientale.* 1901. No. 23.) Der Verfasser berichtet über einen Fall von ausgedehntem Lupus der Nase und des Gesichts, der durch sehr oft wiederholte Bestrahlungen mit Röntgenstrahlen (nahezu 150 Sitzungen) zur Heilung gebracht wurde. — Im Anschlufs daran erwähnt der Verfasser kurz die Anwendung des elektrischen Lichtes in Form von Glühlichtbädern, wofür er den Namen „artificielle Heliotherapie" vorschlägt, und die Finsensche Lichtbehandlung. Die letztere hat den grofsen Nachteil, dafs der nötige Apparat sehr umfangreich, kompliziert und kostspielig ist. Dagegen hat der Verfasser im Jahre 1900 für die Lichtbehandlung nach Finsenschen Prinzipien einen einfachen, kleinen und billigen Apparat konstruiert, den er „chemischen Radiator" nannte und damals eingehend beschrieb und verschiedentlich demonstrierte. Der Apparat, der nicht patentiert und infolgedessen vielfach nachgemacht wurde, ist ohne Assistenz zu handhaben; er ergiebt bei Lupus mindestens ebenso gute Resultate, wie der grofse Finsensche Apparat, seine Anwendung hat sogar in mehreren Fällen von Lupustuberkulose bedeutende Besserung bewirkt. *Götz-München.*

Die Finsensche Lichttherapie, von A. Wolff. (*Med. Woche.* 1901. No. 40.) Ein kurzer Hinweis auf die Bedeutung des Finsenschen Verfahrens und kurze Schilderung der Finsenschen Instrumente im Stile eines Feuilletons. Wissenschaftlich bietet der kleine Aufsatz nichts Neues. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Lichtbehandlung bei Hautkrankheiten, von Leredde. (*Treatment.* März 1901.) Es ist zu unterscheiden zwischen der „negativen Lichttherapie" mit Ausnahme der chemisch wirksamen Strahlen mittelst roten Glases oder Vorhänge und der „positiven", bei welcher die erwärmenden roten Strahlen des Spektrums durch eine Kupfersulfatlösung von der Haut abgehalten werden. Letztere Art von Strahlen verwendet man bei der Finsenschen Lichtbehandlung, welche des weiteren beschrieben wird, ohne dafs eigentlich Neues beigebracht wird. Die Erfolge werden als erfreulich bezeichnet. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Reform des Lichtheilverfahrens für Hautkrankheiten, von E. Below-Berlin. (*Arch. f. Lichtther.* 1901. No. 8.) Kurzer, reklamehafter Hinweis auf einen neuen, kleinen, leicht transportablen und verhältnismäfsig billigen Apparat zur Lichtbehandlung nach Finsen. Es ist das die an einem Handgriff befestigte, mit Drucklinse versehene Kjeldsen-Lampe mit Kühlvorrichtung und den an blauen und ultravioletten Strahlen reichen Eisenelektroden. Die Lampe, welche „bei Hautkrankheiten, wie ausgeprobt, bei 5 Ampère in 3 Minuten das bewirkt, was früher in 1½ Stunden mit 80 Ampère kaum erzielt wurde", wird von der Elektricitätsgesellschaft Sanitas in Berlin unter dem Namen „Dermolampe" hergestellt. Die Versuche, die zur Prüfung der baktericiden Wirkung der Dermolampe vorgenommen wurden, haben angeblich glänzende Resultate ergeben. *Göts-München.*

Die Erfolge der Lichtbehandlung nach Prof. Finsen, von Petersen. (*Wratsch.* 1901. S. 1368.) Auf Grund seiner gemeinsam mit Dr. Lang im Institut für experimentelle Medizin zu Petersburg angestellten Versuche mit dem Finsenschen Apparat sagt P., dafs die Resultate sowohl bei Lupus vulgaris, als auch in einem Fall von Ulcus tropicum vorzügliche und bei beginnendem Hautkrebs sehr befriedigende waren. Weniger zufriedenstellend war dagegen der Erfolg bei Lupus erythematodes. *Arth. Jordan-Moskau.*

Über die therapeutische Wirkung des blauen elektrischen Lichts, von A. W. Ginni-Petersburg. (*Med. Woche.* 1901. No. 36 u. 37.) Der zweifellose Vorzug, der dem blauen elektrischen Lichte gebührt, hängt hauptsächlich von seiner eigentlichen Wirkung auf die vasomotorischen Nerven ab, sie ist der des weifsen entgegengegengesetzt und wirkt schmerzstillend, es führt vollständige Anästhesie bei Vernähung von Wunden herbei und fördert ihre Heilung. Auch bei Hautverbrennungen, und besonders Schleimhautverbrennungen, bewährte sich das blaue Licht therapeutisch, ebenso bei Purpura rheumatica. Am besten verwendet man ein aus weifsem Glase gefertigtes Glühlämpchen von 50 Kerzen Lichtstärke, das für einige Minuten durch ein blaues Glühlämpchen von 50 Kerzen Lichtstärke ersetzt wird. Ausführliche Krankengeschichten beweisen die guten Resultate, die auch bei Lupus erreicht wurden. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Das von einem Hochspannungsbogen mit schnellen Schwingungen erzeugte ultraviolette Licht zur Behandlung von Hautkrankheiten, von H. Walsham-London. (*Lancet.* 1. Febr. 1902.) Bekanntlich haben die verschiedenen Komponenten des Sonnenspektrums verschiedene Wellenlängen. Bezeichnet man mit $\mu\mu$ den millionsten Teil eines Millimeters, so haben die roten bis grünen Strahlen mit

698—500 $\mu\mu$ die gröfste Länge, während die ultravioletten weniger als 392 $\mu\mu$ haben, Mit dem elektrischen Bogenlichte erhält man Wellenlängen von nur 160—190 $\mu\mu$, die aber schon, wie LENARD nachweist, durch eine Luftschicht von 2 cm absorbiert werden. Wahrscheinlich enthält das Sonnenlicht auch Strahlen von viel geringerer Länge, als die angegebene, doch werden dieselben jedenfalls von der Atmosphäre absorbiert, und hierdurch erklärt sich die gröfsere chemische und baktericide Wirkung des künstlichen Lichtes. Um das Durchdringungsvermögen der kurzen Wellen (unter 200 $\mu\mu$) zu prüfen, bedient sich W. des Goldblattelektroskops, dessen Verwendung auf dem Prinzip beruht, dafs Gase, durch welche die kurzen Wellen passieren, Leitungsvermögen annehmen. Die in einer Glasglocke aufgehängten Goldplättchen werden mit negativer Elektricität geladen, bis sie divergieren. Alsdann werden sie der Einwirkung des Bogenlichtes ausgesetzt unter Zwischenschaltung von verschiedenen Medien (Quarz, Eis, Wasser, Gelatine) und die Zeit notiert, bis das Zusammenfallen der Goldblättchen die erfolgte Herstellung der Leitung anzeigt. Es ergab sich, dafs Eis den Strahlen kaum mehr Widerstand entgegensetzt, als Luft, während eine Schichte von durchsichtiger Gelatine 0,04 mm dick, alle Strahlen absorbiert, und Quarz (2 Stücke von je 2,2 mm) 60% derselben zurückhielt. Auf Grund dieser Beobachtungen verwendet W. seit 2 Monaten mit Vorliebe Eisstücke zum Kühlen und zur Kompression auf den Lupusgebieten. Er hat sich eine kleine, nur etwa einen Fufs lange, tragbare Bogenlampe für hohe Spannung und Schwingungen konstruieren lassen, mit der er bei Beleuchtungen von 10—15 Minuten sowohl bei Lupus vulgaris, wie auch, obgleich nicht so prompt, bei Lupus erythematodes gute Erfolge erzielt hat.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Verschiedenes.

Arsenik im Haare von Beri-Beri-Kranken, von R. Ross-Liverpool. (*Brit. med. Journ.* 8. Febr. 1902.) Unter 21 Proben wurden 6 arsenikhaltig befunden, und namentlich die frischen Fälle gaben positive Resultate, zweimal eine geringe Spur, zweimal eine Spur und wiederum zweimal mehr als eine Spur. Es erscheint nötig, namentlich bei so langem Haare, wie bei Chinesen, von denen die Proben meistenteils stammten, die ganze Haarlänge zu untersuchen, da einzelne Teile arsenikhaltig sein könnten, während andere frei sind. Übrigens kann auch das Arsenik sehr wohl direkt von aufsen aufs Haar gelangt sein, ohne erst den Körper zu passieren, da in den betreffenden Gegenden in den Zinnfabriken Gelegenheit genug gegeben ist, mit Arsenik in Berührung zu kommen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Instrument zur chirurgischen Naht, von LEOPOLD FREUND. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1901. No. 48.) Verfasser empfiehlt ein Instrument, welches Nadel, Fadenreservoir vereinigt und gut sterilisirbar ist. Die Nadel enthält ihr Öhr an der Spitze; man führt hier den Faden durch, durchsticht die Wundränder, zieht den Faden mit der Pinzette vor und die Nadel zurück. Diese bleibt andauernd eingefädelt. (Verfertiger J. Leiter, Wien IX.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Dr. Unnas Dermatologische Preisaufgabe für 1901 lautete:

Es soll untersucht werden:

„Die feinere Architektur der primären Hautcarcinome und insbesondere die bei ihnen obwaltenden verschiedenen Beziehungen zwischen Epithelwucherung und Bindegewebswiderstand."

Die von

Herrn Dr. Cornelius Beck in Budapest

eingereichte Arbeit wurde als des Preises würdig befunden.

Dr. Unnas Dermatologische Preisaufgabe für 1902.

Es soll eine genaue kulturelle und mikroskopische Beschreibung des als Diclimactericus albus flavens (Typus Traubel) bekannten, bei feuchten Ekzemen häufig vorkommenden Coccus geliefert werden mit besonderer Berücksichtigung seiner kulturellen und mikroskopischen Merkmale gegenüber denjenigen der eitererregenden und zur Sepsis führenden Staphylokokken.

Die Bewerbung ist unbeschränkt. Der Preis beträgt ℳ 300.—. Die Arbeit ist bis Anfang Dezember 1902 bei der Verlagsbuchhandlung Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 34, einzureichen. Sie ist mit einem Kennwort (Motto) zu versehen; das gleiche Kennwort ist auf der Hülle eines beizulegenden Briefes, welcher Namen und Adresse des Verfassers enthält, anzubringen.

Die Herren Reg.- und Med.-Rat Dr. Abel-Berlin, Professor Dr. C. Fraenkel-Halle, Professor Dr. Migula-Karlsruhe haben es gütigst übernommen, die einlaufenden Arbeiten zu prüfen.

Erläuterung zu der Preisaufgabe:

Es wird zunächst Gewicht auf eine genaue Nachuntersuchung der bisherigen Angaben über die Morphologie und das kulturelle Verhalten des Diclimactericus albus flavens gelegt (s. Unna, Versuch einer botanischen Klassifikation der beim Ekzem gefundenen Kokkenarten nebst Bemerkungen über ein natürliches System der Kokken überhaupt. Allgem. Teil. Von P. G. Unna. *Monatsh. f. prakt. Derm.*, Bd. 31, S. 1; derselbe, Spez. Teil. Von L. Moberg und P. G. Unna, ebenda S. 65), sowie auf eine scharfe Differentialdiagnostik zwischen diesem Coccus und dem aus den inneren Organen an Sepsis Verstorbenen gezüchteten, echten Staphylococcus pyogenes aureus et albus. In zweiter Linie ist zu wünschen, daſs die schon vorhandenen mikroskopischen und kulturellen Kriterien möglichst um neue und gute vermehrt werden.

Um die Aufgabe nicht zu sehr zu erweitern, ist von einer Ausdehnung der Untersuchung auf das experimentell pathologische Gebiet abgesehen; doch steht eine solche Ausdehnung dem Bewerber frei und es würden positive und neue Ergebnisse in dieser Richtung den Wert der Arbeit erhöhen.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXXIV. No. 9. 1. Mai 1902.

Aus der dermosyphilopathischen Klinik der Kgl. Universität von Sassari, geleitet von Prof. Colombini.

Über einige fettsecernierende Drüsen der Mundschleimhaut des Menschen.

Von

Professor Colombini.

Mit einer Abbildung im Text.

Wer Gelegenheit hat, die Mundhöhle vieler Individuen zu untersuchen, wird, zwar nicht gerade sehr häufig, auf der Mundschleimhaut kleine Erhabenheiten konstatieren können, die durch ihre besondere Färbung von dem rosaroten Grunde abstechen.

Bereits zur Zeit, als ich an der hiesigen Klinik als Assistenzarzt thätig war, fielen mir diese Formen bei Patienten auf, die sich wegen venerischer Affektionen im Ambulatorium zur Untersuchung stellten. Unter anderem fand ich diese Körperchen in besonders grofser Anzahl auf der Wangenschleimhaut eines 60jährigen Syphilitikers. Sie bildeten Gruppen von 6—8 Elementen, und diese Gruppen waren derart angeordnet, dafs sie eine Linie bildeten, welche sich von der Lippenkommissur bis zu den hinteren Molares erstreckte, unregelmäfsig und segmentiert war und nicht überall dieselbe Höhe zeigte.

Ich excidierte zwei je ca. einen Centimeter lange Stückchen aus der Schleimhaut dieses Patienten und fixierte das eine in Alkohol, das andere in Flemmingscher Lösung und legte Schnittserien an, die in verschiedener Weise gefärbt wurden. Die histologische Untersuchung der Präparate lieferte mir eine Reihe sehr interessanter Einzelheiten, so dafs ich beschlofs, von nun an alle Individuen, die mir in die Hände kamen, systematisch auf das Vorhandensein dieser Körperchen zu untersuchen, um womöglich herauszufinden, unter welchen Einflüssen sich diese Körperchen bildeten.

Beim Nachschlagen der Litteratur fand ich, dafs Fordyce der erste war, der sich mit diesem Gegenstande befafst hat. Im November 1896 veröffentlichte er seine Arbeit über eine besondere Affektion der Lippen

und der Mundhöhle, welche sich durch das Vorkommen von subepithelialen, schmutzigweifsen, miliaren Körnchen kennzeichnete, die in mehr oder weniger grofser Anzahl unter der Mundschleimhaut verbreitet sind.[1]

Am 3. Juli des folgenden Jahres teilten GARNIER und BONIN in der Pariser Gesellschaft für Biologie ihre Untersuchungsresultate aus dem histologischen Laboratorium der medizinischen Fakultät zu Nancy mit. Sie hatten nämlich das Vorhandensein von fettigen Granulationen in einzelnen Läppchen der Zungen-, Thränen- und submaxillaren Drüsen nachgewiesen, während diese Gebilde in anderen Läppchen vollständig fehlten, wie wenn zwischen den einzelnen Gruppenelementen funktionelle Beziehungen bestünden. Diese fettigen Granulationen, speziell die in den Drüsen der Zungenbasis vorgefundenen, waren von verschiedener Gröfse, sahen gleichförmig und an einzelnen Stellen wie isolierte Körner aus, an anderen schienen sie aus einer verschiedenen Anzahl kleiner Kügelchen gebildet. Diese Kügelchen liegen seltener zwischen dem Kerne und der Basalmembran, häufiger am äufseren Teile der Zelle, meist aber seitlich am Kerne, der dadurch Eindrücke erhält, in welchen Einsenkungen die genannten Körperchen gefunden werden.

Da die genannnten Autoren ein normales Verhalten der Gewebe im allgemeinen und speziell der Drüsen vorgefunden hatten, nahmen sie an, dafs diese fettigen Granulationen das gewöhnliche Sekretionsprodukt der serösen Drüsenzellen darstellten und dafs eine Anzahl der Protoplasmakörnchen während ihrer Evolution eine fettige Umänderung eingehen könne.

Andererseits heben diese Autoren hervor, dafs WRIGHT im Speichel des Menschen Fettstoffe und Fettsäuren nachgewiesen hat und halten sich zur Annahme berechtigt, dafs das Fett in den Thränen nicht ausschliefslich von den MEIBOMschen Drüsen herrührt.

Die meisten Arbeiten in dieser Frage stammen aber aus dem Jahre 1899. RESPIGHI, DELBANCO, AUDRY, MONTGOMERY und HAY, STIEDA haben sich vornehmlich damit beschäftigt.

RESPIGHI[3] erklärt in seiner Arbeit: „Über eine besondere Veränderung der Drüsen der Mundschleimhaut", er habe in einzelnen Fällen eine Umwandlung der schleimbildenden Drüsen des Mundes in Fett statt in Schleim konstatiert. Er hebt dabei einige Punkte hervor, welche die Ansicht entkräften sollen, als würden die von ihm gefundenen Drüsenveränderungen auf Retentionsvorgänge zurückzuführen sein. Sodann bemerkt er, dafs der

---

[1] FORDYCE, A peculiar affection of the mucous of the lips and oral cavity. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.* Nov. 1896.

[2] CH. GARNIER et P. BONIN, Sur la présence des granulations graisseuses dans les cellules glandulaires séreuses et la lacrymale. *Comptes-rendus hebdomadaires des séances et mémoires de la Société de Biologie.* Paris, 1897. pag. 654.

[3] RESPIGHI, Su di una speciale modificazione di ghiandole della mucosa orale. *Giorn. ital. d. malatt. ven. e. d. pelle.* 1899, pag. 405.

Vergleich dieser fetthaltigen Drüsen der Schleimhaut mit der Akne Comedo und dem Aknemilium unstatthaft sei. Er weist ferner auf die Thatsache hin, dafs die Mundschleimhaut, wie alle äufseren Schleimhäute, denselben Ursprung hat, wie die äufsere Haut. Es wäre deshalb wohl möglich, dafs dieser besondere Zustand jener Drüsen auf eine eigentümliche primäre Differenzierung zurückzuführen ist, analog wie dies unter normalen Umständen mit den Talgdrüsen der Haut geschieht.

Delbanco[4] beschreibt das makroskopische Aussehen dieser Drüsen und hebt als mikroskopischen Befund eine übermäfsige Entwickelung von Traubendrüsen hervor, welche Zellen führen, die alle Merkmale der Talgdrüsen der Haut aufweisen, und er nimmt an, dafs es sich um eine abnorme Entwickelung von Talgdrüsen in der Mundschleimhaut handelt.

Audry[5] hält diese Gebilde, die er in den Lippen gefunden hat, für vollständig unabhängig von lokalen Reizen und findet, dafs sie seltener bei Frauen, Greisen und Kindern vorkommen. Er hält sie für Talgdrüsen und den ganzen Prozefs für eine mehr oder weniger ausgesprochene Amplifikation einer bei den Erwachsenen sehr häufigen anatomischen Beanlagung.

Montgomery und Hay,[6] welche an den Lippen und auf der Schleimhaut des Mundes kleine, gelbliche Papeln beobachtet hatten, teilen den mikroskopischen Befund mit. Sie fanden, dafs die Gebilde aus kleinen Talgdrüsenläppchen bestanden, die oberflächlich unter dem Epithel verborgen liegen, sich aber zuweilen mit ihren Alveolen tief in das Bindegewebe der Schleimhaut einsenken.

Stieda[7] fand, dafs die genannten Gebilde häufiger an der Oberlippe denn an der Unterlippe vorkommen, besonders aber in der Gegend der Mundwinkel. Da er sie weder bei den Neugeborenen, noch bei den Kindern überhaupt gefunden hat, glaubt er, dafs sie sich erst während der Pubertät oder noch später entwickeln.

Makroskopisches Aussehen:

Diese fettsecernierenden Drüsen der Mundhöhle des Menschen zeigen sich dem unbewaffneten Auge als kleine Körperchen, miliare Körnchen oder, wenn man will, als kleine Papeln von der Gröfse eines Hirsekorns, seltener gröfser.

---

[4] Delbanco, Über die Entwickelung von Talgdrüsen in der Schleimhaut des Menschen. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1899, pag. 104.

[5] Audry, Sur une anomalie de la muqueuse des lèvres. *Journ. des mal. cut. et syphilit.* August 1899.

[6] Montgomery and Hay, Sebaceous glands in the mucous membrane of the mouth. *British Journ. of Dermatol.* April 1900, pag. 144.

[7] Stieda, Über das Tuberkulum labii super. und die Zotten der Lippenschleimhaut des Neugeborenen. *Anatomische Hefte.* No. 41.

Diese Körperchen sind rundlich, ziemlich regelmäfsig, zuweilen flach, meist jedoch etwas über die umgebende Schleimhaut emporragend und sehen dann wie kleine Halbkügelchen aus. Ihre Farbe ist nicht, wie dies FORDYCE angiebt, schmutzig weifs, sondern deutlich gelblich, welche Färbung in ihrer Intensität wenig variiert. Der Übergang dieser gelblichen Farbe zur rosaroten der Schleimhaut ist eine ganz scharfe, weshalb die Körperchen genau begrenzt und deutlich sichtbar sind. Sie liegen oberflächlich in der Schleimhaut, und wenn auch einige subepithelial gelegen zu sein scheinen, macht es den Eindruck, als ob andere noch oberflächlicher wären, gleichsam intraepithelial.

Fährt man mit der Fingerbeere über die Schleimhaut, wo solche Körperchen vorkommen, so verrät sich ihre Anwesenheit kaum, wenn sie ganz klein, stark abgeflacht und isoliert sind. Sind sie hingegen gruppenweise angeordnet, etwas stärker entwickelt und prominierend, so fühlt sich die Oberfläche uneben, wie fein granuliert an. Fafst man sie zwischen zwei Fingern, so machen sie den Eindruck von kleinen Körnchen, deren Konsistenz sich wenig von derjenigen der umgebenden Schleimhaut unterscheidet. Weder das Darüberstreichen mit dem Finger, noch der Druck rufen beim Patienten irgend ein besonderes Gefühl hervor. Überhaupt sind sie von gar keinem subjektiven Symptome begleitet, und der Patient merkt ihre Anwesenheit höchstens durch das Gefühl einer unebenen Fläche beim Darüberstreichen mit der Zunge.

Anzahl und Gruppierung:

Diese Drüschen sind in einzelnen Fällen isoliert und auf der Schleimhaut zerstreut, besonders an den Wangen. Unter einer beträchtlichen Anzahl von Individuen ist es mir nur 10- oder 12 mal gelungen, ein einzelnes dieser rundlichen Körperchen auf der ganzen Schleimhaut zu finden. In den allermeisten Fällen kommen sie gruppiert vor. In diesen Gruppen behalten die einzelnen Elemente deutlich ihre Selbständigkeit bei, auch da, wo sie einander sehr nahe liegen. Zu einer eigentlichen Berührung kommt es niemals, noch viel weniger natürlich zu einer Verschmelzung. Die Anzahl der die Gruppen bildenden Elemente ist eine sehr verschiedene. Zuweilen findet man deren 3 oder 4, auch 5 oder 6, selbst 7—9, und in einem Falle habe ich deren sogar 11 gezählt.

Auf diese Weise entstehen mehr oder weniger regelmäfsige, rundliche oder ovale oder linienförmige Gruppen.

Was nun die Zahl der Gruppen bei den verschiedenen Individuen anbelangt, so ist dieselbe keineswegs eine sehr variable. Selten findet man mehr als eine, selten zwei oder gar drei und mehr.

Sitz:

Auf der Schleimhaut des weichen Gaumens und dem Zahnfleische habe ich die Gebilde nicht ein einziges Mal angetroffen. Im Gegensatze

zu GARNIER und BONIN war es mir ebenfalls nicht möglich, solche auf der Zunge, speziell an deren Grund, zu entdecken. Diese Autoren wollen nämlich Fettkörner in den serösen Zellen der Zungengrunddrüsen konstatiert haben.

Auf der Lippenschleimhaut habe ich sie selten gesehen, im Gegensatze zu AUDRY, der sie hauptsächlich gerade dort nachgewiesen hat, während MONTGOMERY und HAY sie besonders an der Wangenschleimhaut gefunden haben, sowie ebenfalls an den Lippen. In den seltenen Fällen, wo ich sie hier gefunden, konnte ich sie leicht von den benachbarten Schleimdrüsen unterscheiden, und zwar sowohl an ihrer Form, als wegen ihres Gehaltes an kleinsten Fettkügelchen.

Der gewöhnlichste Sitz ist die Wangenschleimhaut. Hier sind sie von FORDYCE, RESPIGHI, DELBANCO konstatiert worden und hier habe auch ich sie weitaus am meisten angetroffen. Dafs sie häufiger auf der rechten als auf der linken Wangenseite lägen, habe ich nicht gefunden, ebenso habe ich keine in der Genio-Gingivalfalte oder in deren Nähe gesehen.

Ich kann ferner auch nicht behaupten, dafs sie eine Linie bilden, die sich vom Mundwinkel horizontal nach hinten zieht; wohl aber findet man sie unterhalb dieser Linie. Um sich genau auszudrücken, kann man sagen, dafs sich diese Drüsen in einem Raume der Wangenschleimhaut zusammenfinden, der von zwei horizontalen und parallelen Linien umfafst wird, von denen die eine von einem, einen Centimeter oberhalb des Mundwinkels sich befindenden, die andere von einem anderen, einen Centimeter unterhalb dieses letzteren liegenden Punkte ausgehen. Beide Linien ziehen dann nach hinten bis zu den letzten Stockzähnen.

Andere Lokalisationen der genannten Körperchen sind die Nachbarschaft der Mundwinkel, die Gegend der hinteren Molares oder zwischen diesen beiden Punkten liegende Stellen.

Von lokalen oder allgemeinen Ursachen unabhängige Entwickelung:

Die von mir untersuchten Individuen waren sowohl solche, die sich wegen Haut-, venerischer oder syphilitischer Affektionen in der Klinik aufhielten, als solche, die das Ambulatorium besuchten oder überhaupt weder mit der einen, noch mit dem anderen zu schaffen hatten. Nun kann ich absolut nicht behaupten, dafs die Erscheinung bei den einen häufiger gewesen wäre als bei den anderen. Irgend einen Einfluſs der genannten Affektionen auf die Entstehung der beschriebenen Körperchen glaube ich deshalb sicher ausschliefsen zu dürfen.

Auch habe ich sie nicht bei den fettesten Individuen angetroffen. Irgend eine pathologische Bedeutung mufs ich ihnen überhaupt absprechen, da es mir niemals gelang, irgend eine Beziehung zwischen denselben und besonderen anatomischen Verhältnissen der Mundhöhle oder sonst einem

pathologischen Zustande des Organismus festzustellen. Sowohl vollständig gesunde, als an den verschiedensten Affektionen leidende Individuen waren damit behaftet. Ebensowenig ist man berechtigt, den alkoholischen Getränken, dem Tabakrauchen oder anderen ähnlichen reizenden Ursachen irgend welchen Einfluſs bei der Entstehung dieser Gebilde zuzuschreiben. Dasselbe gilt von kariösen Zähnen. Auch findet man sie keineswegs mit Vorliebe in Fällen, die mit einem besonderen Reizzustande der Schleimhaut verbunden sind, sondern im Gegenteil gewöhnlich auf einer scheinbar vollständig normalen Schleimhaut.

Häufigkeit:

Ich habe auf diese Weise 4500 Individuen untersucht, die allen Altersstufen, allen möglichen Berufen, beiden Geschlechtern — mit Vorherrschen jedoch des männlichen — angehörten. Von diesen 4500 zeigten 1073, d. h. 23,84%, diese eigentümlichen Formen.

Was das Alter anbelangt, so ergab eine genaue Untersuchung von zwei ausgetragenen Föten, sowie von zahlreichen 2—12 Monate alten Kindern ein vollständig negatives Resultat. Ein 18jähriger Jüngling, der bereits rauchte, war das jüngste Individuum, bei dem ich die Gebilde fand. Am häufigsten konstatierte ich sie zwischen dem 25. und 50. Lebensjahre, doch auch bei einem 60jährigen, vier 65- und drei 68jährigen und endlich bei einem 72jährigen.

Histologische Untersuchung:

Mein histologisches Untersuchungsmaterial stammt von 7 erwachsenen Individuen her:

1. Anton M., 60 Jahre alt, Schuster, von Siena. Infizierte sich vor 20 Jahren syphilitisch und zeigte zur Zeit der Untersuchung eine gummöse Osteo-Periostitis der Tibien. Die Mundschleimhaut erschien normal. Es fehlten viele Zähne. Raucher, Alkoholiker.

2. Julius P., 27jährig, ledig, Landarbeiter, von Rapolo (Provinz Siena). War stets vollständig gesund gewesen. Bei der Untersuchung konstatierte ich eine Psoriasis guttata, die besonders an den oberen Extremitäten lokalisiert war. Normale Mundschleimhaut, gesunde Zähne. Weder Raucher, noch Alkoholiker.

3. Anton C., 22 Jahre alt, ledig, wohlhabend, von Siena. Stets gesund. Keine venerischen Affektionen. Normale Mundschleimhaut und Zähne. Raucht wenig, kein Alkoholiker.

4. Sabatino P., 40jährig, verheiratet, Landmann, von der Provinz Siena. War stets gesund. Gute Zähne, normale Schleimhaut des Mundes. Weder Raucher, noch Alkoholiker.

5. Marcus S., 32jährig, verheiratet, Schuster, ebenfalls aus der Provinz Siena. Hat vor drei Jahren eine Lungenentzündung durchgemacht, ist

nun vollständig gesund. Normale Mundschleimhaut. Es fehlen zwei Molares. Trinkt und raucht.

6. Klara S., 48jährig, verheiratet, Hausdienerin, von Sassari. Ganz gesund. Schlechtes Gebifs; normale Mundschleimhaut. Raucht und trinkt nicht.

7. Ant. Vinz. P., 28jährig. War stets gesund. Nichts Abnormes im Munde und an den Zähnen, aufser dafs drei dieser letzteren fehlen. Raucher, aber kein Alkoholiker.

Diesen Patienten habe ich 5—7 mm lange und ca. 2 mm dicke Stückchen aus der Wangenschleimhaut exstirpiert, von denen jedes 2—3 von den beschriebenen Gebilden enthielt. Zwei dieser Stückchen nur wurden in Alkohol fixiert, die anderen alle in Flemmingscher Lösung oder in Hermannscher Flüssigkeit, in Serien geschnitten und mit Gentianaviolett nach Bizzozzero, Karbolfuchsin oder wässeriger Safraninlösung gefärbt. Einige Schnitte wurden auch mit Osmium behandelt. Ich mufs hier bemerken, dafs nach den Erfahrungen von Flemming das mit Osmium behandelte Fett nach und nach seine Farbe verliert, wenn die Schnitte mit aufhellenden Substanzen, speziell Terpentin und Kreosot, behandelt worden sind. Ich habe auch die Methode von Daddi angewendet, nach welcher sich das Fett in den Geweben sehr gut färbt. Habe zu diesem Zwecke die Stücke in Müllerscher Lösung fixiert, die Schnitte während 5—10 Minuten in einer 90%igen Lösung von Sudan III gefärbt, sie sodann ebenso lange in 90%igem Alkohol gewaschen, mit Löschpapier getrocknet und in Glycerin aufbewahrt. Nach dieser Methode werden auch die kleinsten Fetttröpfchen sichtbar gemacht und rot oder orange gefärbt. In einzelnen Präparaten habe ich das Grundgewebe mit Hämalaun gefärbt.

Eine genaue Untersuchung der in Alkohol fixierten und mit Boraxkarmin gefärbten Schnitte liefs mich nichts Erwähnenswertes entdecken. Ich konstatierte, dafs es sich um epitheliale Anhängsel von offenen Drüsen handelte, die an der Oberfläche der Schleimhaut ausmünden und wegen ihrer Gestalt zu den verästelten alveolaren Drüsen mit einfachem Alveolensystem (Klassifikation von Flemming) gerechnet werden müssen. Man unterscheidet an denselben einen Drüsenkörper und einen Ausführungsgang; der erstere besteht aus rundlichen oder ovalen, zu Gruppen von 2—4 oder mehr vereinigten Drüsenacinis.

In einigen Acinis dieser Drüsen — die nichts Besonderes in Bezug auf Form oder Gröfse zeigten — konstatierte ich an einzelnen Stellen, speziell im innersten Teile des Acinus, Hohlräume, wie wenn sich zuvor irgend welche Elemente darin befunden hätten, die herausgefallen wären. Irgend eine Veränderung im Epithel oder im Bindegewebe der Schleimhaut vermochte ich nirgends zu finden. Auch der Ausführungsgang erwies sich als vollständig frei und unverändert. Nichts Besonderes in Bezug

auf die Zahl der in Karyokinese begriffenen Zellen; keine kleinzellige Infiltration oder sonst etwas Eigentümliches.

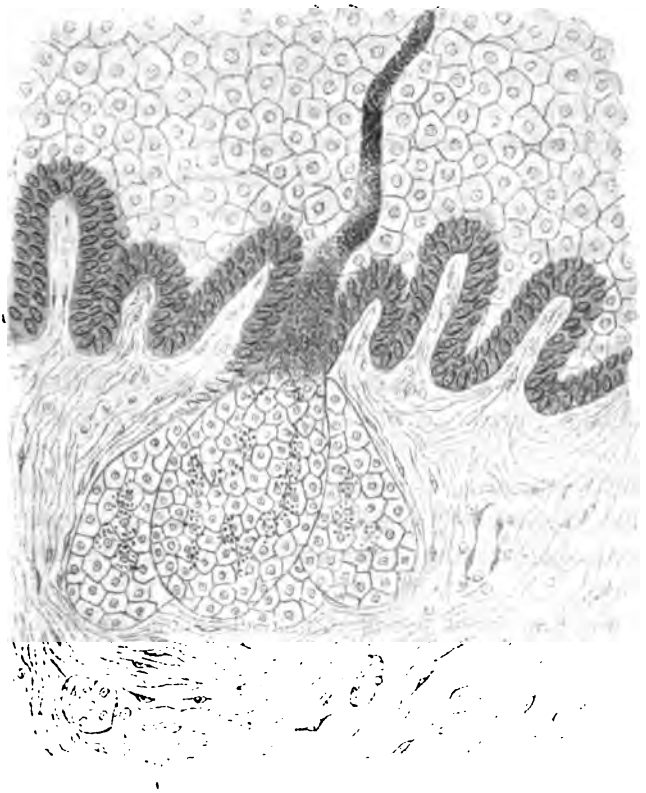
Interessantere Resultate ergab die Untersuchung der in FLEMMINGscher oder HERMANNscher Lösung fixierten Schleimhautstückchen. Vor allem konstatierte ich, dafs jene gelblichen Körperchen in der Wangenschleimhaut drüsige Organe waren, die bald ganz oberflächlich im Stratum Malpighii oder in dessen Nähe, bald, und zwar in den meisten Fällen, wie zusammengepreſst zwischen dieser Schicht und dem submukösen Bindegewebe lagen. Sie erscheinen als verästelte, alveoläre Drüsen mit einfachem Alveolensystem, wobei einzelne dieser Alveolen aus einem einzigen Blindsacke bestehen; meist aber gruppieren sich 2, 3, 4 und mehr derartige Blindsäcke zusammen. Einzelne dieser Acini münden mit ihren Ausführungsgängen in den Hals des nächsten Acinus, gewöhnlich aber mündet jeder Ausführungsgang eines jeden Acinus in einen gemeinschaftlichen Ausführungskanal. Dieser ist etwas weiter in der Nähe der Drüsenalveolen, wird dann immer enger, durchzieht das Rete Malpighii und mündet frei an der Oberfläche der Schleimhaut. Der Verlauf dieses gemeinschaftlichen Ausführungsganges ist zuweilen etwas gewunden, zuweilen aber auch ganz gerade. In den peripheren Teilen eines jeden Acinus sieht man ziemlich dichte Bindegewebsbündel, welche den Alveolus umfassen, ihn isolieren und von den benachbarten Alveolen und dem übrigen Gewebe trennen. Diese Bindegewebsbündel haben eine zirkuläre Anordnung und bilden die Basalmembran des Alveolus.

Das Epithel, welches die Drüsenalveolen ausfüllt, besteht im peripheren oder basalen Abschnitte, sowie im obersten Teile des Alveolus aus einer Schicht cylindrischer Epithelzellen. Je mehr man von diesem obersten Abschnitte des Alveolus nach dem Grunde desselben vorrückt, verwandeln sich die cylindrischen Zellen in polygonale, so dafs man schliefslich im Blindsacke des Alveolus, selbst im peripheren Teil bis zu seiner durch die Glasmembran gebildeten Grenze, das Epithel ausschliefslich aus solchen abgeplatteten, polygonalen Zellen bestehend findet.

Innerhalb des Protoplasmas einzelner dieser basalen Zellen sieht man spärliche, unregelmäfsig verteilte, schwärzliche Körperchen. Dieselben sind rundlich, sehr klein und liegen stets aufserhalb des Kernes. Die meisten Basalzellen führen aber keine solchen schwarzen Körperchen, und einige Drüsen sind überhaupt ganz frei davon. Der innerste Teil der Epithelschicht, womit die Drüsenalveolen belegt sind, besteht aus abgeplatteten, mosaikartig angeordneten Zellen.

Nach dem Centrum der Alveolen zu werden die polygonalen Zellen gröfser, blasser, weniger hell. Ganz im Centrum sind die Zellen so verändert, dafs das Protoplasma auf eine dünne, periphere Schicht reduziert ist, deren sehr feine Trabekel das Innere der Zellen nach verschiedenen

Richtungen hin durchziehen und ein feinstes Netz von nicht sehr dichten Maschen bilden, inmitten welcher der Kern bald peripher, bald centraler liegt und mehr oder weniger in seiner Gestalt verändert erscheint. Sie erscheinen, mit anderen Worten, als polygonale Zellen mit hellen Körnern und einem Protoplasma, das ein ziemlich gut entwickeltes Spongioplasma führt. Dies läfst sich an den Stellen erkennen, wo die Masse der schwarzen Granulationen das Gesichtsfeld nicht verdeckt. Je mehr man sich aber dem Centrum der Alveolen nähert, um so zahlreicher, dicker und dichter



werden sie, so dafs nur enge Zwischenräume sichtbar sind und sie den Kern vollständig verhüllen. In diesen letzteren selbst dringen die schwarzen Körperchen niemals, so viel ich wenigstens gesehen habe. Die Ansammlung dieser schwarzen Gebilde ist, wie gesagt, im Centrum der Alveolen so dicht, dafs die Zellkonturen verschwinden und eine mehr oder weniger ausgedehnte schwarze Zone entsteht, die verschiedene Formen zeigt und aus denselben schwarzen Körperchen gebildet ist, welche man in den weniger tiefen Schichten isoliert antrifft. Stellenweise sieht man einen unveränderten, normal gefärbten Kern.

Ganz selten fand ich im innersten Teile des Drüsenalveolus einen hellen Raum, ungefähr vom Umfange einer polygonalen Zelle, die früher hier gelegen und nun zerstört und verschwunden schien.

Die oben beschriebenen schwarzen Zonen haben wir vornehmlich längs den gemeinschaftlichen Drüsenausführungsgängen gesehen. An einzelnen Stellen erschienen diese letzteren sogar in ihrer ganzen Länge wie vollständig verstopft und mit solchen schwarzen Granulationen ausgefüllt. An einzelnen Punkten des Ausführungsganges, die eine bessere Übersicht gestatteten, konnte ich in einigen weniger oberflächlich gelegenen Zellen des Ganges isolierte schwarze Körperchen sehen, die im Innern des Protoplasmas derselben oder der basalen Zellen gelegen waren. Wir haben nämlich denselben Befund zu verzeichnen gehabt, wie in den weniger oberflächlichen Zellen der Drüsenalveolen. Auch hier waren die schwarzen Granulationen durchwegs extranuklear gelegen.

Andere der Erwähnung werte Thatsachen haben wir in keinem unserer Präparate konstatiert. Das Epithel der Mundschleimhaut, das die Fortsetzung des epithelialen Überzuges des gemeinschaftlichen Drüsenausführungsganges bildet, sah stets ganz normal aus, ebenso die den Drüsen benachbarten Gewebe.

Auch die Blutgefäfse zeigten keine besondere Anordnung. Im Bereiche dieser Drüsen haben wir sie zwar in den peripherstenTeilen des Alveolus verästelt gefunden, niemals aber drangen sie bis in die Basalmembran des Alveolus.

Nichts Besonderes an den elastischen Fasern, welche nach der Unna-Taenzerschen Methode — modifiziert nach Livini — gefärbt worden waren. Ebensowenig in den intramukösen Nervenfasern und ihren Endverzweigungen.

Wir kehren nun zu den beschriebenen schwarzen Granulationen zurück. In den mit Alkohol fixierten Stücken haben wir dieselben nicht finden können. Sie waren unter der Wirkung dieses Härtungsmittels vollständig verschwunden. Nur in den mit Flemmingscher oder Hermannscher Flüssigkeit behandelten Präparaten waren sie sichtbar. Bei diesen letzteren wurden die Schnitte mit Gentianaviolett nach der Jod-Chrom-Methode von Bizzozzero oder mit Karbolfuchsin oder in wässeriger Safraninlösung gefärbt. Terpentin und Kreosot entfärbte sie rasch, dagegen eignet sich die Methode von Daddi sehr gut zur deutlichen Sichtbarmachung der Fettkügelchen. Diese letzteren sind, wie gesagt, von verschiedener Gröfse. An einzelnen Stellen sind sie sehr klein und wenig zahlreich. Sie erscheinen wie kleinste Tröpfchen im Protoplasma und sind nur bei starken Vergröfserungen sichtbar zu machen. An anderen Punkten dagegen sind sie viel zahlreicher, verschmelzen zu dickeren Fetttropfen und bilden durch Ausfüllen ganzer Zellen die oben beschriebenen schwarzen Zonen. In ein-

seinen Präparaten schienen die schwarzen Zonen ohne Zweifel aus dem Zusammenfliefsen zahlreicher rundlicher Fettkügelchen hervorgegangen zu sein, die durch das Osmium schwarz gefärbt waren.

In Anbetracht ihres Verhaltens gegenüber dem Alkohol, ihrer Schwarzfärbung durch Osmium, ihrer Reaktionsweise gegenüber anderen Substanzen, ihres Sitzes und ihrer Form halte ich mich für berechtigt, anzunehmen, dafs diese Körperchen aus Fett bestehen, das sich im Innern der Zellen jener besonderen Drüsen der menschlichen Schleimhaut gebildet hat. Dieses Fett entsteht, wie wir gesehen haben, aus dem umgebildeten Protoplasma der centraler gelegenen Elemente, die aber schon in den peripher gelegenen beginnen. Hier findet man nämlich die kleinen Tröpfchen, die sodann verschmelzen und sich zu gröfseren Tropfen vereinigen. Das auf diese Weise gebildete Fett ergiefst sich dann durch den gemeinschaftlichen Ausführungsgang an die Oberfläche der Mundschleimhaut. Nach der Klassifikation von RANVIER gehören diese Drüsen zur Gruppe der holokrinen Drüsen.

Hier drängt sich einem die Frage auf, ob es sich um eigene Organe, um besondere Drüsen handelt, die sich von den benachbarten schleimbildenden Drüsen genau unterscheiden, oder einfach um eine Umwandlung dieser letzteren in der Weise, dafs sich die Zellen in Fett, statt in Schleim verwandeln.

RESPIGHI ist dieser letzteren Ansicht und stellt sich die Frage, ob die Umbildung der Zelle in Fett auf besondere nervöse Einflüsse oder auf eine Behinderung der Exkretion zurückzuführen sei. Auf Grund der klinischen Beobachtung schliefst dieser Autor infektiöse, autotoxische oder diathesische Einflüsse aus, und in Anbetracht des anatomischen Befundes das Vorhandensein einer fettigen Infiltration. Dafs die Veränderungen der Drüsen durch eine Sekretretention verursacht sind, glaubt er aus folgendem Grunde nicht. An den Lippen, besonders an der unteren, sieht man nicht selten die oben beschriebenen, an Gröfse analogen Körperchen; doch können dieselben gröfser sein oder wenigstens ragen sie mehr über die Umgebung empor, sind durchsichtig, führen eine centrale Öffnung, die auch fehlen kann; sie sind zahlreich und durch gleiche Zwischenräume von einander getrennt. Beim Drucke auf dieselben entleert sich eine helle, schleimige Flüssigkeit; es handelt sich somit um Schleimdrüsen mit Retention von normalem Sekret. Nun aber findet man an den Lippen, wo doch die Sekretretention der Schleimdrüsen keine ganz seltene Erscheinung ist, die beschriebenen Veränderungen nicht und die gelblichen Körperchen sind dort sehr selten. Aus diesem Grunde ist RESPIGHI der Ansicht, dafs die oben angeführten Veränderungen nicht auf Sekretretention zurückzuführen sind. Aus derselben Ursache ist auch ein Vergleich zwischen diesen fettsecernierenden Drüsen der Mundschleimhaut und der Akne Comedo der Haut sowie dem Akne Milium nicht statthaft.

Respighi schliefst seine Arbeit, indem er einfach auf die Thatsache hinweist, dafs die Mundschleimhaut, wie überhaupt alle äufseren Schleimhäute, mit der Haut einen gemeinschaftlichen Ursprung haben. Es fragt sich, ob das eigentümliche Verhalten dieser Drüsen nicht durch eine ausnahmsweise primäre Differenzierung verursacht ist, wie dies unter normalen Bedingungen mit den Talgdrüsen der Haut geschieht.

Zur Aufklärung dieser dunklen Frage habe ich mich überzeugen wollen, ob die beschriebenen, fettsecernierenden Drüsen auch bei ganz kleinen Kindern und in demselben Mafse wie bei den Erwachsenen vorkommen. Habe zu diesem Zwecke zwei ausgetragene Föten und eine grofse Anzahl 2—12 Monate alter Kinder untersucht. In keinem einzigen dieser Fälle konnte ich solche, auch bei der genauesten Untersuchung, entdecken. Bei dem einen der beiden Föten habe ich aufserdem eine äufserst sorgfältige mikroskopische Untersuchung eines ausgedehnten Schleimhautstückes gemacht, fand aber keine Spur von solchen Drüsen. Dasselbe negative Resultat erzielte ich mit älteren, 14—17 Jahre alten Kindern. Der jüngste Knabe, bei dem ich zwei ganz kleine gelbliche Körperchen auf der Schleimhaut der rechten Wange konstatierte, war 17 Jahre alt. Zwischen 19 und 22 Jahren fand ich wieder nichts, regelmäfsiger dagegen bei Individuen zwischen 25 und 50 Jahren, seltener darüber.

Diese Thatsachen sprechen zu Gunsten der Auffassungsweise von Respighi über den Ursprung des Schleimhautepithels aus dem Ektoderm, gleichwie die äufsere Haut. Warum, wenn sich dies wirklich so verhält, findet man die beschriebenen Drüsen nicht in den ersten Lebensjahren, sondern erst bei Erwachsenen?

Wie verhält sich nun die Sache mit den niederen Tieren? Sind dort die Drüsen beobachtet worden? So viel ich gefunden habe, mufs diese Frage negativ beantwortet werden. Nur E. Giacomini hat bei den Petromyzonten fettsecernierende Drüsen gefunden. Bei seinen Untersuchungen über die sogenannten Speicheldrüsen der Petromyzonten, speziell des Petromyzon marinus, bei dem sich diese Drüsen wegen ihrer Gröfse leicht studieren lassen, hat Giacomini[8] eine sehr einfache Struktur der Drüsenhöhle vorgefunden; diese letztere war mit einer ziemlich dicken, trüben Flüssigkeit angefüllt, in welcher zahlreiche stark lichtbrechende Tröpfchen einer fettigen Substanz suspendiert lagen, die sich den Färbungsmitteln und Fixationsflüssigkeiten gegenüber auch wie Fett verhielten. Den in den secernierenden Zellen enthaltenen ähnliche Fetttröpfchen fand Giacomini ebenfalls an der Oberfläche des Epithels; dieselben lagen in grofser Anzahl in der körnigen Flüssigkeit, die sich in der Drüsenhöhle angesammelt

[8] E. Giacomini, Sulle cosi dette glandole salivari dei Petromizonti. Notis. *Annali della Facoltà di Medicina dell' Università di Perugia e Memorie dell' Accademia Medico-Chirurgica di Perugia.* Bd. XII, Heft 3—4. 1900.

hatte und durch die fixierenden Reagentien koaguliert worden war. Bei ihrem Austritt aus den Zellen und ihrem Übertritt in die Drüsenhöhle mufsten sie zum Teil zusammenfliefsen, so dafs einige Tropfen 10—14 μ im Durchmesser hatten.

Daraus schlofs GIACOMINI, dafs die sogenannten Speicheldrüsen der Petromyzonten nicht speichel-, sondern fettsecernierende Drüsen seien. Diese gewifs wichtige Entdeckung von GIACOMINI genügt aber zur Aufklärung unserer Frage noch nicht.

L. ROBERTS[9] hebt in seinen vergleichenden anatomischen Untersuchungen über das Epithel die Thatsache hervor, dafs die Talgdrüsen des Menschen direkt aus den Schleimdrüsen der Würmer und Aale abstammen. Die erstere Form wird bei den Daphnien beobachtet. Die Zellen des Ektoderms enthalten Granulationen, die sich mit Methylenblau rosarot färben. Diese Granulationen werden eliminiert und liefern dem Tiere eine schleimige Decke, welche dieselben Farbreaktionen zeigt und zum Schutze gegen die Mikroorganismen der Umgebung dient. Bei anderen Tieren, wie z. B. beim Lumbricus, sind einzelne ektodermale Zellen differenziert und bilden kelchförmige Gebilde. Bei gewissen Mollusken senken sie sich tief unter das Epithelniveau ein. Bei den Säugetieren endlich bilden diese Drüsen Fett und münden in die Follikel. Trotz allem dem wissen wir doch immer nicht, was diese fettsecernierenden Drüsen der menschlichen Schleimhaut zu bedeuten haben, was sie zu leisten berufen sind und wie sie sich entwickeln. Wir wollen uns deshalb mit der Schlufsfolgerung begnügen, dafs man in der Mundschleimhaut des Menschen, speziell an den Wangen, nicht selten fettsecernierende Drüsen antrifft, welche den Talgdrüsen der Haut ähnlich sind, dafs sie bei Kindern nicht, wohl aber nur bei Erwachsenen vorkommen und dafs über die Ursachen, weshalb sie entstehen, nichts bekannt ist.

Es fehlen uns heute noch die Anhaltspunkte zur Behauptung, dafs diese fettsecernierenden Drüsen einer besonderen Umgestaltung der Schleimdrüsen der Mundschleimhaut ihre Entstehung verdanken oder aber im Gegenteile einer primären, embryonalen Differenzierung des Epithels, in analoger Weise, wie dies unter normalen Verhältnissen in der Haut mit den Talgdrüsen geschieht. Nehmen wir aber diese letztere Hypothese an, so wissen wir noch immer nicht, welche Bedeutung diesen Drüsen zukommt. Auch ist es überhaupt gar nicht erwiesen, dafs unsere Forschungen über die Struktur und die Anordnung dieser besonderen Drüsen abgeschlossen sind; vielleicht dürften uns die Embryologie und die Histogenese weitere Beiträge hierzu liefern.

---

[9] L. ROBERTS, Some comparative observations on epithelium. *British Journ. of Dermatology*. April 1900. pag. 123.

Diese Arbeit lag beinahe druckbereit, als eine andere über diesen Gegenstand von CALDERONO[10] erschien. Neue Thatsachen über die histologische Beschaffenheit der Drüsen werden darin nicht erbracht. Die Resultate seiner histologischen Untersuchungen will ich hier nicht wiedergeben, da sie sozusagen vollständig mit den meinigen übereinstimmen. Er hat die Drüsen ziemlich häufig gesehen — bei 45 von 100 untersuchten Individuen — und zwar öfters in ziemlich beträchtlicher Anzahl auf der Wangenschleimhaut, seltener an den Lippen und niemals in den Schnittserien von Präparaten aus der Zungenwurzel. Er sagt, dafs diese Drüsen nicht mit den schleimbildenden Drüsen verwechselt werden können, welche letzteren eine besondere Struktur aufweisen und in der Wangenschleimhaut niemals so oberflächlich liegen, sondern disseminiert auf der äufseren Fläche des Musculus buccinator, unmittelbar unter der Aponeurose, sitzen. Er teilt deshalb auch nicht die Ansicht von RESPIGHI über die Entstehung derselben aus den schleimbildenden Drüsen, deren Zellen sich in Fett umgewandelt hätten. Nach seiner Meinung sind es Drüsen, die zu den Talg-, Knäuel- und Thränendrüsen gerechnet werden müssen. Er weist auf die Untersuchungen von WRIGHT und FRERICHS hin, welche behaupten, dafs der gemischte Speichel Fett enthält, während es im Parotis- und Submaxillarisspeichel fehlt. Fettkörner hat er in diesen dem Hunde exstirpierten Drüsen nicht gefunden. Dagegen hat er sie in sehr grofser Zahl in den acinösen Drüsen konstatiert, die auch wir untersucht und beschrieben haben. Er meint, dafs man feinste, nur mit starken Vergröfserungen wahrnehmbare Tröpfchen zuweilen auch in den Zellen der schleimbildenden Drüsenacini oder streckenweise im Ausführungsgange nachweisen kann, wo sie sich eng an den Epithelüberzug anlehnen.

Falls dieser Befund, betreffend die Bildung von fettigen Granulationen in den zusammengesetzten acinösen Drüsen der menschlichen Mundschleimhaut durch weitere Untersuchungen bestätigt wird, so würde derselbe, so scheint mir, von grofsem Werte sein zur Erklärung der Bildung der fettsecernierenden Drüsen, über deren Bedeutung uns CALDERONE im Ungewissen läfst.

Dieser Autor hat ferner die Wangenschleimhaut von drei 5, resp. 7 und 8 Monate alten Föten untersucht, aber auch diese haben ihm nichts geliefert, das zur Erklärung des Ursprungs der fettsecernierenden Drüsen der Wangenschleimhaut des Erwachsenen verwertet werden könnte.

Er hat sodann seine Untersuchungen auf das Pferd, die Kuh, das Schwein, das Schaf, den Hund, die Katze, den Fisch, besonders die Selachier, eine Unterordnung der Plagiostomen, sowie besonders die Species

---

[10] CALDERONE, Contributo allo studio della glandule a secrezione grassa nella mucosa orale dell' uomo. *Giorn. ital. d. mal. ven. e. d. pelle.* 1901, pag. 572.

Pristarus melanostomus, Akanthus vulgaris, Mustelus aequestris, ferner die Protacheen ausgedehnt, aber alles mit demselben negativen Resultat. Nirgends fand er die gesuchten Drüsenanhängsel oder etwas, das ihnen irgendwie entsprechen würde.

Nachdem er auch auf die Untersuchungen von GIACOMINI zu sprechen gekommen, gelangt er zu dem Schluſs, daſs es sich um eine primäre, embryonale Differenzierung handelt, ähnlich derjenigen, die man an der äuſseren Haut für die Talgdrüsen konstatiert. Aus besonderen physiologischen Erfordernissen würde sodann diese Differenzierung später nicht zum Abschlusse gelangen, auſser in dem Falle, wo, aus uns unbekannten Ursachen, ein Antrieb zu einer Entwickelung erfolgte, die zuweilen eine übermäſsige sein kann. CALDERONE giebt aber selbst zu, daſs die Thatsachen dieser seiner Auffassungsweise nicht entsprechen.

Das Vorhandensein eines pathologischen Prozesses leugnet er entschieden. Auch schlieſst er die Möglichkeit aus, daſs dieses anatomische Verhalten der Mundschleimhaut mit irgend einem krankhaften Zustande in Zusammenhang gebracht werden könne, sowie daſs der Alkohol, der Tabak oder andere chronische Reize auf seine Entwickelung irgend einen Einfluſs ausüben.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Genf.)

Aus der Praxis.

Einiges über unsere Färberezepte.

Von

P. G. UNNA.

Unsere alltägliche Praxis ist nicht immer wirklich praktisch. Unbemerkt schleicht sich an einer Stelle ein kleiner Miſsbrauch ein, der wohl in dem einen Falle ohne Schaden vorübergeht. Aber er bleibt nicht ohne Nachfolge, und der kleine Miſsbrauch wird durch Summierung ein ernstes Hindernis der täglichen Arbeit, wie der Forschung.

So scheint es mir heutzutage mit unseren Färberezepten zu stehen. Wenn man ein gröſseres Werk über Färbetechnik durchblättert, etwa das alte von GIERKE oder das neue von LEE-MAYER, so muſs es einem doch auffallen, daſs mit denselben Farbstoffen, z. B. Pikrokarmin oder Eosin-Methylenblau, und sogar an denselben normalen oder pathologischen Objekten die verschiedenen Forscher zu ganz verschiedenen Resultaten

hinsichtlich der Komposition ihrer Farbgemische gelangt sind, daſs fast jeder Folgende an dem Rezepte seines Vorgängers etwas Wichtiges zu tadeln findet und daſs sein neues Rezept eine kürzere oder längere Geltung genieſst, bis es dem neuesten Autor wieder zum Opfer fällt. So macht die Färbetechnik auf den Unbeteiligten den Eindruck einer ganz individuellen Kunst, etwa wie der Vortrag eines Musikstücks, zu welchem jeder Künstler sich bekanntlich seinen eigenen Fingersatz und seine eigene Spielweise wählt und schafft, — ein ganz berechtigtes Verfahren, denn sowohl seine Finger wie seine musikalische Auffassung und Empfindung sind von rein individueller Bedeutung und ohne jede allgemeine Geltung.

Die Färbetechnik aber sollte aus dem Stadium einer alchimistischen Kunst zu demjenigen einer chemischen Wissenschaft sich erheben, denn sie hat es mit feststehenden Objekten zu thun, mit den chemischen Verbindungen des tierischen und pflanzlichen Körpers einerseits und den Chemikalien der Färbetechnik andererseits. Also müſsten, so sollte man meinen, exakte Untersuchungen über die beste Zusammensetzung der Farbmischungen zu Resultaten führen, die ein für alle Mal feststehen, in welchen die einzigen Modifikationen durch neu gefundene Gewebselemente oder neu angewandte Farben möglich und nötig gemacht werden. Es ist auch fraglos, daſs diese Variantensammlungen von Färberezepten auf keinen auſsenstehenden Chemiker und Histologen einen wissenschaftlichen Eindruck machen und besonders auf jene Älteren nicht, welche glaubten und z. T. noch glauben, daſs die ganze Färberei eine amüsante Spielerei, aber keine Wissenschaft sei.

Gerade um diesen nicht völlig unberechtigten Vorwurf von uns abzulehnen, müssen wir alles daran setzen, die äuſserste Genauigkeit und ein den Grundsätzen der heutigen Chemie entsprechendes Verfahren uns zur Regel zu machen; gerade die obenan stehenden Forscher sollten bedenken, daſs eine kleine Ungenauigkeit um so mehr Wirrwarr schafft und um so länger störend wirkt, an je hervorragenderer Stelle sie begangen ist.

Eine solche Ungenauigkeit, welche in der Färbetechnik fast Bürgerrecht gewonnen hat, ist die Verwendung sog. „konzentrierter Farblösungen“. Ein jeder weiſs, daſs ein Farbkörper in einer bestimmten Lösungsflüssigkeit, z. B. Wasser, bei einer bestimmten Temperatur bis zu einem bestimmten Gewicht löslich ist und daſs diese Sättigungsgrenze sich mit der Erhöhung und Erniedrigung der Temperatur verschiebt. Will man also überhaupt mit konzentrierten Lösungen arbeiten, so gehört eine genaue Temperaturbestimmung zu den notwendigen Angaben, ohne welche die resultierenden Farblösungen nicht genau übereinstimmen können. Aber eine solche findet man nirgends. Wozu aber überhaupt das Arbeiten mit konzentrierten Farblösungen? Es läſst sich nur ein Grund angeben: es ist bequem; es überhebt einen der Wägung. Man hat nur dafür Sorge zu tragen, daſs

von dem betreffenden Farbstoff noch etwas auf dem Boden der Flasche liegt, dann ist die überstehende Flüssigkeit „konzentriert“ und scheint einen genauen Ausgangspunkt der Rechnung zu geben, was ohne Temperaturbestimmung gar nicht der Fall ist. Aufserdem giebt aber die Bestimmung nach konzentrierten Lösungen dem Leser gar kein rechtes Bild des Vorganges. Denn wer weifs, bei welchem Prozentverhältnis die gebräuchlichen Farben in Wasser und Spiritus konzentrierte Lösungen geben; wer weifs z. B., dafs die Pikrinsäure, die ich selbst auch häufig, der Schablone folgend, als „konzentrierte Lösung“ benutzt und empfohlen habe, bei 5° zu 0,626%, bei 15° zu 1,161%, bei 20° zu 1,225%, bei 77° zu 3,89% in Wasser löslich ist?

Der Ausgangspunkt aller unserer Rezepte mufs unter allen Umständen das Grammgewicht sein. Wenn die Mischungen nicht durch gleichzeitige Lösung der Komponenten in derselben Flüssigkeit hergestellt werden, was nur selten vorkommt, so wird man sich zunächst genau prozentuierte Lösungen in Wasser, Spiritus, Glycerin u. s. f. herstellen und diese in bestimmten Verhältnissen mischen. Dazu stehen uns zwei Wege offen: die volumetrische und die des Wiegens. Von den meisten wird die erstere vorgezogen, da sie bequemer ist. Da heifst es denn: „Man nehme von der einprozentigen Farblösung x so und so viele Kubikcentimeter und von der zweiprozentigen y so und so viele . . .“ Danach läfst sich wohl arbeiten. Giebt diese Methode aber ein Bild des Vorganges? Das würde sie doch nur dann thun, wenn die betreffenden Kubikcentimeter alle ebensoviel wiegen würden, wie destilliertes Wasser oder wenigstens, wenn sie trotz verschiedener Farbzusätze gleichviel wiegen würden. Dann könnte man die Kubikcentimeterangaben im Kopfe mit den betreffenden Prozenten der Lösungen dividieren und erhielte eine Vorstellung von dem Verhältnis der einzelnen Komponenten in der Mischung. Aber diese Voraussetzungen treffen eben nicht zu. Die volumetrische Methode läfst eine empirisch genaue Nacharbeit wohl zu, verwirrt aber geradezu die für die wissenschaftliche Färbetechnik so wesentliche Vorstellung von der Konzentration der einzelnen Bestandteile der Farbmischungen. Noch ungenauer aber werden die volumetrischen Angaben, wenn es sich um geringe Beigaben konzentrierter Lösungen, z. B. Salzsäure, Kalilauge etc., handelt. In solchen Fällen ist die Angabe der Tropfenzahl sehr beliebt.

Gerade die verheerende Wirkung des Tropfenzählens auf eine sonst sehr fruchtbare und lohnende Versuchsreihe über einige neue Färbemethoden war es, welche mich veranlafste, diese ganze Angelegenheit einmal in einem Artikel „aus der Praxis“ vor die Kollegen zu bringen. Da wir bei unseren Ausfärbungen mikroskopischer Schnitte nur 1—2 kcm Flüssigkeit brauchen, ist Wiegen unbequem und Tropfenzählen bequem. Wenn man sich bei einer solchen grofsen Versuchsreihe für alle Flüssig-

keiten stets derselben Pipette bedient, so scheint wieder einmal die Möglichkeit vorzuliegen, sich auf bequeme Weise viele gleichwertige Lösungen zu verschaffen, welche dann auch gleiche Färberesultate ergeben müssen. Aber weit gefehlt! Tropfen sind eben sehr veränderliche Gröfsen, und die für den einzelnen Tropfen verschwindend kleine Ungenauigkeit summiert sich bei der subtilen Ausfärbung mit komplizierten Farbgemischen zu einer gefährlichen Höhe. Und wie stellt sich nun gar das Bild des Vorganges dar? Dasselbe verschwindet hinter der Tropfenzahl vollständig. Bei demselben Prozentgehalt wiegt schon ein Tropfen wässeriger Säurefuchsinlösung erheblich mehr als ein gleich grofser von wässeriger Orangelösung. Wenn nun gar verschiedene Flüssigkeiten als Lösungsmittel und Zusätze in Betracht kommen, so hört jede Möglichkeit auf, sich über die Gewichtsverhältnisse in so hergestellten Mischungen zu orientieren. So können beispielsweise 20 Tropfen einer einprozentigen Wasserblaulösung in Wasser ebensoviel wiegen wie 80 Tropfen einer einprozentigen spirituösen Orceinlösung. Erweckt das volumetrische Messen nach Kubikcentimetern schon ungenaue Vorstellungen, so das nach Tropfenzahl geradezu falsche. Das Endresultat einer solchen langwierigen Versuchsreihe ist — eine Variantensammlung ungenauer Rezepte, welche der nächste Nacharbeiter mit Recht als ungenügend verwirft.

Geht man nun endlich gar daran, die Resultate der Wirkung analog zusammengesetzter Farbmischungen im Hinblick auf eine einzelne variierende Komponente zu vergleichen, um daraus auf die Affinität bestimmter Farben zu bestimmten Objekten Schlüsse zu ziehen, so mufs man diese theoretisch wichtigste Arbeit, gestützt auf ungenaue und ungenügende Daten, geradezu aufgeben. Ich mufs daher dringend warnen, solche Versuchsreihen, deren die nächste Zukunft uns wohl zahlreiche bescheren wird, anders als durch fortgesetzte Wägung auszuführen. Vestigia terrent! Die Bequemlichkeit der volumetrischen Methode ist nur scheinbar gröfser; die absolute Sicherheit der beim Wiegen erreichten Resultate würde schon die etwas gröfsere Arbeit aufwiegen. Die Hauptsache ist aber, dafs wir während des Wiegens von Anfang bis zu Ende ein genaues Bild des prozentischen Verhältnisses der einzelnen Komponenten zu einander besitzen.

Man wiege also nicht blofs die Farbkörper ab und stelle sich möglichst einfach prozentuierte Lösungen her, sondern wiege auch jedes Quantum derselben und aller etwaigen Zusätze, die zu den Mischungen gebraucht werden. Es hat sich dann nicht einmal, sondern vielmals, ja als eine geradezu regelmäfsige Erscheinung herausgestellt — und das mag als ein Trost bei den vielen notwendigen Wägungen gelten —, dafs die Endresultate, in Gewichten der Chemikalien ausgedrückt, meist überraschend einfache Zahlenverhältnisse ergaben. So war es nicht selten der Fall, dafs, wenn ich durch mühselige Rechnungen unter Berücksichtigung

der Tropfengröfse das Resultat komplizierter volumetrischer Daten in Gewichten darstellte, zu meiner Überraschung ganz gleiche Gewichte der Farben oder einfache Multipla derselben sich ergaben, so. dafs ich, wenn ich von vornherein nur mit Gewichten operiert hätte, viele Zeit und Mühe gespart haben würde. Nebenbei gesagt, ist diese Erfahrung, der ich vor mehreren Jahren schon einmal bei der Anilin-Xylol-Methode zur Entfärbung Ausdruck gegeben,[1] nicht ohne Interesse für die Färbetheorie.

Ich schliefse diese Betrachtung mit dem Appell an alle Fachkollegen, dafs in den grundlegenden Werken über Färbetechnik, z. B. in der Encyklopädie der mikroskopischen Technik von Ehrlich und Krause, nur in Grammen ausgedrückte Färberezepte Aufnahme finden mögen.

[1] Unna, Die Färbung der Epithelfasern. *Diese Zeitschrift.* 1894. Bd. 19, S. 9.

Fachzeitschriften.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.
1902. Heft 1.

Die Gonokokkämie, von G. Barbiani. Mit diesem Namen bezeichnet Verfasser eine allgemeine Infektion des Blutes mit Gonokokken und illustriert dies an dem folgenden von ihm beobachteten Falle.

Bei einem seit zwei Jahren an Diabetes leidenden 36jährigen Manne, der im Februar 1901 eine Blennorrhoe acquiriert hatte, trat im Verlaufe derselben plötzlich starkes Fieber mit heftigen Gelenkschmerzen auf (besonders in den Ellenbogen-, Schulter-, Hüft- und Kniegelenken). Es zeigte sich eine starke Schwellung, Rötung, Druck- und Bewegungsempfindlichkeit der Gelenke. Bei andauernd hohem Fieber entwickelte sich ein Erythema exsudativum multiforme am ganzen Körper und auf der Mund- und Kehlkopfschleimhaut. Auch war deutlicher Milztumor zu konstatieren. Salicylsäure hatte keinen Erfolg. Bei starker Entzündung und Schwellung der Harnröhre und ständiger Erektion des Penis waren die Leistendrüsen beider Seiten geschwollen und schmerzhaft. Verfasser verordnete absolute Ruhe, Jodtinkturpinselungen der erkrankten Gelenke und Puder gegen das Exanthem. Am siebenten Tage nach Auftreten der Allgemeinerscheinungen entnahm er aus der Vena basilica des rechten Armes 20 ccm Blut, aus welchem er nach der Methode von Finger, Ghon und Schlagenhaufer charakteristische Gonokokkenkolonien züchtete. Nach Ablauf von 34 Tagen, die der Kranke im Bette zubrachte, verschwanden die allgemeinen Krankheitserscheinungen, die Hauteruption bildete sich unter einer starken Desquamation zurück, während der Tripper noch nach drei Monaten andauerte.

An diesen Fall reiht Verfasser unter Beifügung von erschöpfenden Litteraturangaben (241 Nummern) die Aufzählung der bisher beobachteten Fälle von blennorrhoischen Affektionen der Gelenke, der Muskeln, Knochen, der Haut, Lymphdrüsen, des Zirkulationsapparates, der Atmungsorgane, des Peritoneums, Nervensystems, des Gesichts- und Gehörorgans.

Klinische Notiz über einen Fall von multiplen blennorrhoischen Abscessen der weiblichen Genitalien im Verlaufe einer subakuten blennorrhoischen Vulvo-Urethritis, von GRAVAGNA. Bei einer 22jährigen Puella publica, die wegen blennorrhoischer Vulvitis und Urethritis mit Kaliumpermanganat-Ausspülungen behandelt wurde, trat am fünften Tage oberhalb des Präputium clitoridis ein kleiner Abscefs auf, der nach Incision schnell heilte. Drei Tage nach der Heilung zeigte sich ein Abscefs im Vestibulum. Weitere nach Incision schnell heilende Abscesse traten an der rechten Nymphe, in der Clitorisgegend, am Mons veneris, am Labium majus dextrum auf. Die bakteriologisch-mikroskopische Untersuchung des Eiters der Abscesse ergab die Anwesenheit an Gonokokken.

Das Airol in der Therapie der Blennorrhoe, von C. VIGNOLO-LUTATI und P. BENASSI. Auf Grund der Beobachtung von 19 mit Airol behandelten Fällen von Blennorrhoe gelangen die Verfasser zu dem Schlusse, dafs das Airol auf die Urethritis anterior et posterior keinen Erfolg hat. In den ersteren Fällen wirkt es nur bei sofortiger Anwendung im Beginne der Blennorrhoe und in Form der Glycerininjektion.

Ein neuer endoskopischer Apparat zur direkten Untersuchung der Urethra und der anderen Körperhöhlen, von L. LEVI. Verfasser beschreibt ein neues „Mikroendoskop" (Fabrik von G. Goldschmidt, Padua, Via Roma 23), wegen dessen komplizierter Einrichtung auf das Original und die beigegebenen Abbildungen verwiesen werden mufs.

Experimentaluntersuchung über Trichophytie, von M. TRUFFI. (Fortsetzung.) Verfasser unterscheidet eine Form von Trichophytie, die klinisch von der durch das gewöhnliche Trichophyton erzeugten verschieden ist und durch das Mikrosporon GRUBY hervorgerufen wird. Beigefügt ist ein „offener Brief an Prof. REALE", in welchem er dessen Einwendungen gegen seine Untersuchungsmethoden widerlegt.

Iwan Bloch-Berlin.

Bolletino delle malattie veneree, sifilitiche, urinarie e della pelle.

1902. Heft 1 u. 2.

Seborrhoe, von SABOURAUD. Ist Übersetzung des betreffenden Kapitels aus des Verfassers „Maladies du cuir chevelu".

Das frühzeitige Auftreten der Nervensyphilis, von FOURNIER. Unter 69 von 158 Fällen beobachtete Verfasser das Auftreten der Syphilis des Nervensystems bereits im ersten Jahre. Er beobachtete Facialislähmung (im 5., 6. und 10 Monat), Oculomotoriuslähmung (3. bis 6. Monat), Neuritis optica (1. Monat), Abnahme des Gehörs (5. Monat), cerebrale Hemiplegie (10. bis 12. Monat). Die Prognose der Hirnsyphilis ist im Frühstadium viel ungünstiger als bei späterem Auftreten. Es bleiben oft Kontrakturen zurück. Besonders früh treten syphilitische Erkrankungen des Rückenmarks auf, deren gröfste Frequenz ins zweite Quartal des ersten Jahres fällt. Sie gehen relativ häufig letal aus und gehören zu den schwersten und gefährlichsten syphilitischen Erkrankungen.

Hautreaktion und Dermatosen. (Anonym.) Im Anschlufs an einen von BROCQ in der *Presse médicale*, 1902, No. 2, veröffentlichten Artikel, führt Verfasser aus, dafs der Reaktion der Haut ein wesentlicher Anteil an der Gestaltung der Dermatosen zukommt. Bei demselben Individuum reagieren verschiedene Hautstellen verschieden. Bei Hautleiden mufs besonders die Nierenfunktion beobachtet werden, da die Niere in engsten funktionellen Beziehungen zur Haut steht.

Iwan Bloch-Berlin.

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.
1901. Bd. I, Heft 18 u. ff.

Behandlung von dermatologischen und venerischen Krankheiten mittels elektrischer Ströme von hoher Frequenz und Spannung, von H. LEBON-Paris. Im Jahre 1878 bereits hatte D'ARSONVAL angefangen mit Strömen von hoher Frequenz zu experimentieren und war bald dazu gelangt, festzustellen, dafs die Wirkung aufs Nerven- und Muskelsystem wächst bis zu einer Frequenz von 2—3000 Unterbrechungen per Sekunde, alsdann aber abnimmt. Seine Mitteilungen auf diesem Gebiete erregten nicht so viel Aufsehen, wie diejenigen von TESLA, welcher zeigte, dafs bei hoher Frequenz ein Strom, welcher genügt, um mehrere elektrische Lampen zum Glühen zu bringen, ohne Nachteil den menschlichen Körper passieren kann. Für medizinische Zwecke ist der D'ARSONVALsche Apparat, welcher absolut sicher und ungefährlich funktioniert, vorzuziehen.

Wenn zwei leitende Drähte nebeneinander liegen und der eine davon von einem variierenden elektrischen Strom durchlaufen wird, so entsteht bekanntlich in dem anderen ein induzierter Strom. Betreffs dieser gegenseitigen Induktion hat FARADAY folgende Gesetze aufgestellt: Im Moment des Entstehens erzeugt der Strom in dem Nachbardraht einen Induktionsstrom in entgegengesetztem Sinne, während bei der Unterbrechung des Stromes ein gleichgerichteter Strom entsteht; das gleiche gilt für das Herannahen und Entfernen des elektrischen Stromes in eine andere Leitung, mit anderen Worten: Steigerung des Primärstromes erzeugt einen Induktionsstrom in entgegengesetztem, Verminderung des Primärstromes einen solchen in gleichem Sinne. Ebenso entstehen in den Nachbarwindungen einer Rolle Strömungen, welche man als Selbstinduktion bezeichnet. Beim Schliefsen einer Leitung hat also der Strom sowohl die Ohmsche Resistenz (bedingt durch Länge, Dicke und Beschaffenheit des Drahtes) als auch die Resistenz der Selbstinduktion zu überwinden. Desgleichen bewirkt die Selbstinduktion, dafs beim Unterbrechen der Strom nicht im selben Augenblick ganz aufhört. Ebenso z. B. wie an zwei durch ein Rohr verbundenen Gefäfsen mit Wasser in ungleichen Mengen beim plötzlichen Öffnen des die beiden trennenden Hahnes bis zum richtigen Niveauausgleich ein lebhaftes Oscillieren entsteht, ebenso ist das elektrische Hin- und Herschwanken, das um so länger dauert, je gröfser die Kapazität des Kondensators und die Selbstinduktion ist. Bei grofsem Ohmschen Widerstand kann das Oscillieren unterdrückt werden. Zur Erzeugung einer länger dauernden Reihe von Oscillationen dienen die Apparate von TESLA und von HERTZ. Letzterer erzielte mit seinem kleinen Excitator bis zu 500000000 Vibrationen in der Sekunde und BOSE hat sogar bis zu 50000000000 bewirkt. Bei dem D'ARSONVALschen Apparat passiert der Strom zwei Leydener Flaschen als Kondensatoren und ein Solenoid von dickem Kupfer, wodurch es unmöglich gemacht wird, dafs der Patient selbst bei plötzlichem Bruch der Flaschen mit Strömen von geringer Frequenz in Berührung komme. Mit diesem Apparat kann man auch durch den tierischen Organismus Ströme leiten, welche eine Lampe zum Glühen bringen. Hierauf gründete D'A. sein Elektrisieren mittels Autokonduktion und seine unipolaren Applikationen und das Elektrisieren mit dem Kondensatorlager.

Statische Induktionsströme erzeugt man in gleicher Weise durch Ersatz der RUHMKORFFschen Rolle durch eine WIMSHURST-Maschine. Man leitet den einen Draht in die Erde, den anderen verbindet man mit einer Elektrode. WEIL hat mit diesem Mittel in der Dermatologie günstige Erfolge erzielt.

Die nötige Einrichtung für diese Art der elektrischen Behandlung umfafst also einen Transformator, zwei Kondensatoren und das Solenoid. Als Unterbrecher hat GAIFFE-Paris an Stelle der WEHNELTschen und der FOUCAULTschen Apparate einen

solchen ohne das Quecksilberbad konstruiert. Ferner kommt der Resonator oder Induktoresonator von Oudin in Betracht. Derselbe besteht aus einem doppelten Solenoid, wobei der zweite länger und von feinerem Draht ist als der erste und in einen Knopf ausläuft, aus dem sich ein Strom von kaum schmerzhaften Funken ergiefst. Aufserdem kommt der Rochefortsche bi-polare Resonator oder der d'Arsonvalsche Apparat zur Anwendung. Dazu gehören spezielle Elektroden. (Siehe Abbildungen.)

Prophylaxe der sogenannten „venerischen" kontagiösen Krankheiten, von B. Desmons-Paris. D. verlangt vor allem Belehrung der jungen Leute über die Gefahren und Nachteile der Infektion mit derartigen Krankheiten und schlägt zu diesem Zwecke vor, für die Rekruten beim Militär, für die angehenden Studenten oder sonst für alle, welche daraus Nutzen schöpfen können, geeignete Vorträge von berufenen Personen halten zu lassen. Ferner soll man ohne Rücksicht auf die Kosten alle unvermögenden derartigen Patienten mit den besten Mitteln so schnell als möglich zu heilen suchen und durch zweckmäfsige Einrichtung möglichst vieler Polikliniken, die nicht als „venerisch", sondern etwa als „für kontagiöse Krankheiten" zur Vermeidung des sonst anhaftenden Odiums bezeichnet werden sollen, dieses Ziel anstreben.

Behandlung der Alopecia areata und der Trichophytien mit Jodkollodium, von L. Butte. Diese Mitteilung ist eine in Wahrung seiner Prioritätsrechte erfolgte Wiedergabe der vom Verfasser bereits 1890 publizierten Erfahrungen über diese Methode. Bei kleinen Gebieten von Trichophytie ist das Aufpinseln von Jodkollodium (1 : 20) bis zur Erzielung einer ziemlich dicken Kruste, die am vierten oder fünften Tage abgezogen wird, von Erfolg begleitet. Man hat damit die Vorteile der Calotte ohne deren Nachteile. Als zweckmäfsige Rezepte nennt B.:

℞	*Alcohol* (95%)	5,0	oder ℞	*Alcohol* (95%)	12,0
	Aether	5,0		*Jod*	0,75
	Jod. pur.	0,5		*Collodium*	35,0
	Collodium	30,0		*Terebinth. venet.*	1,5
				Ol. ricin.	2,0.

Nach Entfernung dieser mit Watte angelegten Deckschichte wird die Stelle mit den üblichen Mitteln weiter behandelt, was durch das Epilieren sich wesentlich wirksamer gestalten soll. Bei Area Celsi sind die Erfolge ziemlich zweifelhaft gewesen.

Die Rolle der Lymphdrüsen bei tuberkulösen und syphilitischen Zuständen; Heilanzeige, von Verchère. (Fortsetzung.) Verfasser bespricht die bekannten Verschiedenheiten in der Intensität bei acquirierter und bei hereditärer Syphilis und die Erscheinung, dafs im Tertiärstadium die im Anfang stets erfolgende Reaktion des Drüsensystems auf das Virus nicht mehr auftritt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1902. Heft 2.

Natur und Behandlung der Alopecie, von Lucien Jacquet. Die Abhandlung wird in dem nächsten Heft fortgesetzt.

Ein Fall von rezidivierender Phlyktänose der Extremitäten, von Carle-Lyon. Der Verfasser berichtet im Anschlufs an die einschlägigen Mitteilungen von Audry und Hallopeau über den Fall einer 29jährigen Frau, bei der seit etwa fünf Jahren, immer um die Zeit der Regel, an der Innenfläche des linken Ringfingers 6—8 kleine Bläschen auftraten. Diese Bläschen, deren Erscheinen jedesmal ein leichtes Jucken und Brennen voraufging, waren stecknadelkopfgrofs und enthielten ein wasserhelles Serum; sie standen nebeneinander in der Längsrichtung des Fingers von der

Wurzel bis etwa zum Nagel; allmählich vereinigten sie sich zu mehreren gröfseren Phlyktänen, die barsten, oder von der Patientin eröffnet wurden und ausheilten. Dieser Prozefs nahm 10—12 Tage in Anspruch; etwa acht Tage lang in jedem Monat erschienen täglich 6—8 neue Bläschen. Durch Galvano-Kauterisation der einzelnen Bläschen konnte C. Heilung erzielen, die beim Niederschreiben seiner Arbeit bereits drei Monate andauerte. — In einer Schlufsbetrachtung entwickelt er die Gründe, weshalb er diesen Fall als eine rezidivierende Phlyktänulose im Sinne Audrys betrachtet. *Türkheim-Hamburg.*

Journal des maladie cutanées et syphilitiques.

1902. Heft 2.

Der Pemphigus, von A. Coffin. Verfasser unterscheidet eine akute und eine chronische Form des Pemphigus. Die erstere Form zerfällt in den P. neonatorum, P. benignus, P. gravis; zur zweiten gehören der P. hereditarius et traumaticus, P. prurigiuosus benignus, P. medicamentosus, P. hystericus, P. foliaceus, P. gravis, P. vegetans. Alle diese Formen werden einer kurzen klinischen Besprechung unterzogen. Die Arbeit befafst sich nur ganz kurz mit der Symptomatologie, es werden weder ätiologische noch therapeutische Fragen berührt. *Türkheim-Hamburg.*

Bücherbesprechungen.

Handbuch der Hautkrankheiten, von Franz Mračeк. [Dritte u. vierte Abteilung.] (Alfred Hölder, Wien 1901.) Vor uns liegt das 3. u. 4. Heft des rühmlichst eingeführten Handbuches der Hautkrankheiten von Prof. Mračeк. Ludwig Török-Budapest behandelt in demselben die Krankheiten der Schweifsdrüsen, S. Ehrmann-Wien die Funktionsanomalien der Talgdrüsen, die Erkrankungen derselben und die ihrer Umgebung. Den Abhandlungen sind 11 Abbildungen und 2 Tafeln in Farbendruck beigegeben.

Gegenüber den überaus häufig vorkommenden Funktionsstörungen der Schweifsdrüsen sind wirkliche Erkrankungen derselben mit pathologisch-anatomischen Veränderungen verhältnismäfsig selten, was mit der Häufigkeit der Talg- und Balgdrüsenaffektion auffällig kontrastiert. Dabei sind die Schweifsdrüsen von aufserordentlicher Ausbreitung der Zahl nach, denn es entfallen nach Berechnungen von Hörschelmann 641 (Fufsrücken) bis 1111 (Handteller) auf einen Quadratcentimeter Haut. Die Ursache dieser Erscheinungen liegt darin, dafs das Sekret der Balg- und Talgdrüsen langsamer entleert wird und für allerlei Keimentwicklung einen relativ günstigen Nährboden darstellt, während der Schweifs, der an und für sich schon flüssig und von ungünstigerem Kulturboden aufserdem noch schnell auf die Hautoberfläche befördert wird. In den Poren der Schweifsdrüsen ist der Keimgehalt nur ein geringer. Auch wird das Eindringen von Keimen dadurch erschwert, dafs die Eingänge der Schweifsdrüsen viel enger, ebenso der Durchschnitt der Innenkanäle viel weniger breit ist als jene der Talgfollikeln. Kölliker giebt für die Schweifsdrüsengänge der Lederhaut 20—27 Mikren, für die höheren Schichten 54—64 Mikren und für ihre Mündungen 40—110 Mikren

Breite an, während an Nase und grofsen Schamlippen gemessene Talgdrüsen Ausführungsgänge von 150—350 Mikren Breite besafsen. Auch giebt die relativ oberflächliche Lage der Talgdrüsen und der tiefe Sitz der Schweifsdrüsen in der Lederhaut eine weitere Erklärung dafür, dafs letztere viel weniger äufseren Schädlichkeiten ausgesetzt ist, und infolgedessen wirkliche Erkrankungen mit anatomischen Veränderungen durchmacht. Absolut geschützt dagegen sind die Schweifsdrüsen aber ebenfalls nicht. Es können Keime durch den Weg der Blutbahnen in ihre Lamina hinein vordringen. So hat man bei pyämischen und septikämischen Zuständen im Schweifse der betreffenden Kranken Staphylokokken gefunden; auch hat man den Streptococcus erysipelatis und den Typhusbacillus nachweisen können. Finger hat auf einem histologischen Bilde das Überwandern von Streptokokken aus den Blutgefäfsen in die Knäuel von Schweifsdrüsen gezeigt. Letztere haben bekanntlich ein ausgedehntes Blutgefäfsnetz, so dafs es erklärlich wird, dafs häufig bei Erythema polymorphe und Dermatitis nodularis necrotica (Folliclis) um die Drüsenknäuel herum Anhäufungen von Rundzellen beobachtet werden. Doch handelt es sich hierbei wohlgemerkt nur um gerade dort lokalisierte Teilerscheinungen bestimmter Affektionen. Ähnlich ist es mit Atrophien, Hypertrophien, Erweiterungen und anderen Symptomen, die als Teilerscheinungen von Krankheiten auch an den Schweifsdrüsen Veränderungen setzen. Doch giebt es auch wirkliche selbständige Cystenbildungen und Geschwülste der Schweifsdrüsen, die Krankheitsentitäten vorstellen. Einmal verursachen dieselben geringe sichtbare Symptome, andererseits sind dieselben nicht als solche der Schweifsdrüsen klinisch erkennbar. Nach Besprechung der Hyperidrosis und ihrer wichtigen Therapie und Streifung der Anichrosis behandelt Török die Zustände und die Behandlung der Chromidrosis, Osmidrosis, Uridrosis und Hämatidrosis. In der Folge bespricht der Verfasser die Miliaria crystallina, das Hidrocystom, die Miliaria rubra, den Pompholyx, die Hydradenitis suppurativa, die Dermatitis nodularis necrotica und die Geschwülste der Schweifsdrüsen.

Aus der Abhandlung Ehrmanns über die Talgdrüsenerkrankungen wollen wir den Artikel über Acnetherapie herausgreifen. Erstens hat dieselbe die örtliche Hyperkeratose zu beseitigen, zweitens den accessorischen Keimen die Möglichkeit der Entwicklung zu nehmen. Dies geschieht erstens einmal durch die örtliche Behandlung, zweitens durch allgemeine Therapie. Gegen die bestehende Seborrhoe wird Seifenspiritus (Hebra) oder Liquor carbonis detergens neben Hautmassage empfohlen. Zur Entfernung der Comedonen verordne man Comedonenquetscher. Neumann, neuerdings wieder Veiel, raten Merkurpflaster an. Nach Empfehlung des letzten Autors setzt man dazu Emplastrum camphorae fuscum zu. Ehrmann läfst zum grauen Pflaster das gewöhnliche Diachylon- oder Seifenpflaster zusetzen. Damit soll eine schnelle Reifung der Pusteln erzielt werden. Sobald keine neuen Pusteln mehr auftreten, hört man mit den Pflastern auf. Denselben Effekt ergiebt die Schälmethode. Statt der neueren starkwirkenden Schälmittel giebt die Wiener Schule auf Leinwand gestrichene Kaliseife. Letztere verbindet Lassar mit Naphtol zu einer Schälpaste: β Naphtol 10,0, Sulf. praecip. 50,0, Vaseline, Sapon. virid. $\aa$ 25,0. Besser wirkend, aber teurer sind die Resorcinschälpasten von Unna und Isaac — Resorcin. 10,0, Zinc. oxydat. 2,5, Terrae silic. 0,5, Adipis benzoat. 7,0 täglich zweimal einzureiben bis zu beginnender Schälung; Resorcin., Zinc. oxydat., Amyl. $\aa$ 4,5, Vaselin. flav. 10,0. M. f. pasta mollis. Ehrmann selbst empfiehlt für hartnäckige Fälle von Acne bei jungen Leuten folgende Paste: Resorcin. 5,0, β Naphtol 3,0, Vaselin 5,0, Lanolin 20,0 15—20 Minuten liegen zu lassen, dann abzuwaschen und Umschläge mit Liquor Burow anschliefsen. Ehrmann bevorzugt statt der starkwirkenden Schälmethoden die milde desinfizierenden und schwach schälenden 15%igen Resorcinsalben und -Pasten. Neuerdings wendet man

gegen rebellische Acne auch Heifsluft und Röntgenstrahlen an. Auf der teilweisen Schälwirkung beruht wohl auch die bei Acne so bekannte Wirkung des Schwefels. Hebra empfahl ihn in folgender Form: Lact. sulf., Kal. carbon., Glycerin., Aq. lauroceras., Spir. vin. Gallic. Am Abend mehrere Tage lang aufzutragen, morgens abzuwaschen. Die Reizwirkung mufs mit milden Salben paralysiert werden. Veiel rät, ein modifiziertes Kummerfeldsches Waschwasser: Lact. sulf., Spir. vini, Aq. rosar. ā 30,0, Mucilag. Gummi Arab. 10,0—20,0 D. s. öfters am Tage einzupinseln. Unabweislich ist jedenfalls ein chirurgisches Eingreifen, ein Eröffnen der Pusteln, worauf die Schnittwunde mit Salicylpflaster bedeckt wird. Wo nötig, ist mit dem scharfen Löffel auszukratzen. Die allgemeine Therapie darf unter Umständen keinesfalls vernachlässigt werden.

Das vierte Heft umfafst zwei Arbeiten. Wolff-Strafsburg behandelt die Erytheme und die mit diesen verwandten Krankheiten, Purpura, Urticaria u. s. w., während S. Ehrmann-Wien die toxischen und infektiösen Erytheme chemischen und mikrobiotischen Ursprungs bespricht. Ferner bringt die vierte Abteilung noch den Anfang der Blaschkoschen Arbeit über Herpes. Wolff teilt die Erytheme in folgender Weise ein: Idiopathische Erytheme (Erythema exsudativum multiforme Hebra und Erythema nodosum). Polymorphe symptomatische Erytheme, bedingt durch Vergiftungen, die entweder von aufsen in den Körper gelangen (z. B. Arzneiausschläge) oder durch Autointoxikationen. Ferner angioneurotische Erytheme. Ohne Frage ist eine gewisse körperliche Prädisposition vorhanden bei den toxischen exogenen Erythemen, besonders den Arzneiausschlägen. Ob sonst bei den Erythemen eine solche besteht, ist zweifelhaft. Besnier nimmt neben der persönlichen Prädisposition für solche Ausschläge noch an, dafs dieselben gewissermafsen als Ausdruck einer Reizung des Vasomotorensystems durch allerlei Schädigungen darstellen. Stets soll der Ursprung der Affektionen in den Gefäfsnerven liegen. Die Einflüsse äufserer Reize, die Inkorporierung von Speisen oder Heilmitteln, die Aufnahme septischer Stoffe ins Blut, alle Bakterieneinwanderungen vermögen auf dem Wege der Blutnervenbahnen gleichartige Erytheme zu erzeugen. Fast alle französischen Fachgenossen stehen zum Beispiel auf dem Standpunkte des vorgenannten Meisters, dafs das Hebrasche Erythema multiforme die Reaktion des Körpers auf mannigfache Einwirkungen bei prädisponierten Menschen darstellt. Die deutsche Schule vertritt einen anderen Standpunkt. Nicht bei allen Erythemen ist der vasomotorische Apparat der vermittelnde oder causale Faktor. Zum Beispiel finden sich bei manchen Arzneiausschlägen minimale Bestandteile des dermopathogenen Mittels in loco an den veränderten Hautbezirken. Und wenn diese medikamentösen Exantheme an Ort und Stelle rezidivieren, so darf man darin nicht den Ausdruck einer örtlichen Schwächung des vasomotorischen Systems suchen, sondern diese Erscheinung erklärt sich durch den Nachweis persistierender Läsionen der betreffenden Hautgefäfse. Was die angioneurotischen Erytheme anbelangt, so ist deren Gruppe heutzutage sehr klein, wenn man zu ihnen nur jene Eruptionen rechnet, bei denen keine Entzündung besteht. Fafst man den Begriff weiter im Sinne Besniers, Kaposis, Schwimmers, so mufs man annehmen, dafs ein uns unbekanntes Moment bei diesen angioneurotischen Affektionen zur Entzündung führen kann. Da hierfür keinerlei beweisende Experimente bestehen, glaubt Jadassohn, dafs es besser ist als angioneurotische Erytheme „diejenigen Prozesse abzugrenzen, die erfahrungsgemäfs in ihrem natürlichen Ablaufe nicht zu dem führen, was wir als Entzündung bezeichnen". Gerade die Arzneiausschläge haben die Ursache zu dieser Begriffsverwischung und -Vermengung abgegeben. Hier traten thatsächlich Entzündungen zu Hautausschlägen hinzu, von denen man annahm, dafs

sie auf vasomotorischem Wege durch die Ingestion gewisser Medikamente entstanden seien. Die Thatsache jedoch des Nachweises von geringen Quantitäten der genommenen Heilmittel in den Erythemflecken selbst, läfst die Theorie der vasomotorischen Entstehung dieser Ausschläge sehr ins Wanken kommen. Wolff selbst begrenzt den Begriff Angioneurosen nicht so streng. Nach ihm „können auch rein angioneurotische Prozesse zu entzündlichen Zuständen führen". Nebenbei bemerkt er auch, dafs die Urticaria nach neueren Arbeiten von Török und Vas zu den entzündlichen Hautläsionen zu zählen sein wird. Beide Autoren fanden den Eiweifsgehalt aus Blasen von bullöser Urticaria viel höher als in den subcutanen Transsudaten und sprechen sich gegen die Entstehung erythematöser und urticarieller Prozesse durch Blutzirkulationsstörungen aus. Wolff glaubt, dafs man auch bei Anwesenheit entzündlicher Erscheinungen von einem angioneurotischen Erythem reden kann. Reine Angioneurosen entstehen entweder durch Reizung der vasomotorischen Centren oder auf reflektorischem Wege oder durch Reizung der peripheren vasomotorischen Nerven.

Ehrmanns Gebiet wird durch folgende Kapitelüberschriften charakterisiert: Erytheme bei Krankheiten infektiösen Ursprungs. Serotherapeutische Erytheme. Autotoxische Erytheme. Arzneierytheme (Jod-, Merkur-, Arsenik-, Antipyrin-, Chinin-, Balsamroseolen-, Narcotica-, Sulfonal- und Salicylpräparate). Den Abschlufs bildet das Erythema venenatum oder die Dermatitis venenata. Greifen wir die Besprechung der Joderytheme heraus. Die Jodausschläge zeigen sich meist als Acneformen oder als grofse zerfallende Knoten (Jododerma). Auch der akute Jodismus gehört hierher, handelt es sich doch dabei um erythematöse Zustände der Schleimhäute. Die allgemeinen Jodausschläge sind anfangs scarlatiniform, aber können auch vesikulös und blasig werden. In einem Falle, wo 1,19 Jodothyrin genommen worden war, zeigte sich ein universelles Erythem, das zu Bläschen- und Blasenbildung mit endlicher totaler Hautabschilferung, zum Teil in Lamellen, führte. Gesicht und Bindehaut geschwollen. Wolf sah dasselbe in einem letal verlaufenden Falle, wo das Erythem nach dem Genufs von 7 Löffeln einer 3%igen Jodkaliumlösung auftrat. Hier herrschten mehr die bullösen Eruptionen vor. Ohmann-Dumesnil, Du Castel, Haslund u. a. beobachteten mehr lokalisierte bullöse Formen auf Nase, Nacken und Handrücken. Häufig zeigen sich Purpuraausschläge (Welander, Grandjean, Mackenzie). Entschiedenen Einfluss auf das Erscheinen des Erythems hat die Form der Jodmedikation. So bekam ein Patient Besniers sofort Jodpurpura nach der Inkorporation von Jodkalium, nicht aber nach Jodtinktur. Duffey, Walther Smith sahen dieselbe häufiger nach Jodammonium denn nach den Kalium- und Natriumsalzen des Jods. Auch die örtliche Jodmedikation vermag neben den lokalen Entzündungserscheinungen ebenso wie bei rektaler Applikation allgemeine Vergiftungssymptome hervorzurufen.

Hopf-Dresden.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Über die entzündungswidrige Wirkung ätherischer Öle, von Rud. Wiesnitz-Prag. (*Arch. f. exper. Pathol. etc.* 1901. Bd. 46.) Bei Tieren, denen Ol. Santal., Bals. Copaiv., Ol. Cubebar., Ol. Terebinth. per os einverleibt war, wurde durch Injektion von Aleuronat-Emulsion in die Pleura ein Pleuraerguss hervorgerufen. Die

Eitermenge war dabei geringer, als bei Kontrolltieren. Es liefs sich feststellen, dafs nicht die Konzentration, sondern die Menge des Exsudates durch das ätherische Öl vermindert wird, und zwar handelt es sich in der Hauptsache um gesteigerte Resorption. Letztere deckt sich aber nicht mit der diuretischen Wirkung jener Stoffe: bei Verfütterung von Harnstoff oder Jodnatrium werden trotz vermehrter Diurese die Aleuronat-Exsudate nicht schneller resorbiert. Vielmehr kommen mechanische (Lymphagogie, Beschleunigung der Blutzirkulation, Erweiterung einzelner Blutgefäfse) und leukotaktische Wirkungen der im Blute kreisenden Terpene in Frage. Die erhaltenen Resultate lassen sich wohl von der künstlich entzündeten Pleura auf die eitrigen Katarrhe des Urogenital- und des Respirationstraktus übertragen.

Max Levor-Hamburg.

Über die subcutanen Injektionen natürlicher und künstlicher Arsenpräparate, von Rudolf Steiner-Levico. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1901. No. 63.) In der Versammlung der Balneologischen Gesellschaft zu Berlin im März 1901 entwirft St. ein Bild über die subcutane Anwendungsweise und Wirkungsweise der künstlichen und natürlichen Arsenpräparate. Verfasser schildert die Geschichte der Arsenanwendung von Anfang an bis zur Jetztzeit und ihren Einfluſs auf verschiedene Krankheiten an der Hand einer zahlreichen Litteratur. Die vier gebräuchlichsten künstlichen Präparate sind 1. die arsenige Säure, 2. die Fowlersche Lösung, 3. das Natriumsalz der arsenigen Säure, 4. die Kakodylsäure. Als Vorteile der subcutanen Anwendung des Arsens werden hervorgehoben: Das rasche Eindringen des Medikaments in die Blutbahn, Schonung des Magen-Darmkanals, Raschheit der Wirkung und kurze Dauer der Therapie. Ferner spricht St. über seine Versuche mit subcutaner Injektion natürlicher Arsenpräparate in Form der Levico-Stark- und Levico-Schwachwasser. Dermatologisch wurden günstig beeinfluſst Psoriasis vulgaris und Lichen ruber planus, auch bei der Acne vulgaris zeigte sich eine bedeutende Besserung. Auf Grund seiner Resultate fordert Verfasser zu weiteren Versuchen mit natürlichen Arsenpräparaten auf, zumal die Schmerzhaftigkeit eine geringere ist als bei den künstlichen und eine geringe Zahl von Injektionen genügt um dauernde Erfolge zu erzielen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Dymal, von Alfred Roth. (*Pester med.-chir. Presse.* 1901. No. 44.) Dymal ist salicylsaures Dydim, welches als Nebenprodukt bei der Bereitung der Auerstrümpfe gewonnen wird. In der Budapester Poliklinik für Hautkrankheiten wurde das Mittel in 26 Fällen von nässenden und trockenen, insbesondere akuten Ekzemen, ferner bei Impetigo, Hyperidrosis, Combustio, Herpes und Prurigo angewendet und als ein austrocknendes, hautschützendes und reizstillendes Mittel erprobt. (Auch Referent kann das Mittel in dieser Hinsicht nur loben.) *A. Strauſs-Barmen.*

Über den Heilwert des Epicarins, von Johann Szabóky. (*Die Heilkunde.* 1901. No. 12.) Das Epicarin wurde in 115 Fällen angewandt. Wirkungslos war es bei Pityriasis rosea. Bei Pityriasis versicolor steht es hinter Schwefel-, Salicyl- und Pyrogallussalben zurück. Auch bei Erythrasma ist Jodtinktur vorzuziehen. Bei Pruritus univ. und senilis leistet es als momentan juckstillendes Mittel gute Dienste. Auf die nässenden Formen der parasitären Ekzeme wirkte eine 5—10%ige Paste heilend, aber nicht bei trockenen, chronischen. Sehr gute Erfolge wurden bei Prurigo erzielt, und zwar mit 10%iger Salbe. Sehr gut war auch die Wirkung bei Scabies und den durch Epizoen hervorgerufenen Hautaffektionen. Nur in 13% der Fälle traten hier Reizerscheinungen auf und zwar nur geringfügiger Art. Vorzüge des Mittels sind seine Geruchlosigkeit, Ungiftigkeit und Reinlichkeit.

A. Strauſs-Barmen.

Rezepte für die Anwendung des Epicarins. (*J. Mindes Manuale d. neueren Arzneimittel.* 1900.)

℞ *Epicarin*	10,0	℞ *Epicarin*	10,0
Ol. jecoris Aselli	5,0	*Spiritus Vini Gall.*	100,0
Vaselin fl.	95,0	*Spiritus Lavandul.*	25,0
		Glycerin	10,0
		S. Zum Eintupfen.	
℞ *Epicarin*	10,0	℞ *Epicarin*	15,0
Aether sulfur.		*Sapon-virid*	200,0
Spirit. V. rect. ā	40,0	*Zinc. oxyd.*	10,0
Glycerin	5,0	S. Zum Einreiben (Herpes tons.).	
S. Zum Eintupfen (gegen Jucken).			
℞ *Epicarin*	10,0	℞ *Epicarin*	10,0
Glycerin	5,0	*Ol. Vaselin*	100,0
Spiritus V. rect.	95,0	S. Öl, mit beliebigen Zuthaten (Styrax.	
Spiritus sapon.	10,0	Ol. Rusci, Petrol. venal. etc.)	
S. Zum Einreiben.			

℞ *Epicarin* 10,0
Flor. sulf. 5,0
Ungt. zinci Wilson 10,0
Ol. Neroli gtt. I.
S. Gegen Ekzema squam.

A. Strauſs-Barmen.

Rezeptformeln für Europhen. (*Mindes Manuale.* 1900.)

℞ *Europhen.*
Acid. boric. pulv. ā

(Bei Frost- und Brandwunden, chronischen Geschwüren, weichem Schanker aufzustreuen.)

℞ *Europhen* 10,0
Ol. olivar. 20,0
Lanolin 70,0
Glycerin 10,0
M. f. ung.

(Salben für Ulceration luetischen und leprösen Ursprungs.) *A. Strauſs-Barmen.*

Das Glycogen, ein wertvolles Roborans und Antiseptikum, von Rörig-Paderborn. (*Ärztl. Rundschau.* 1900. No. 44 u. 45.) Reichlich findet sich das Glycogen in den Muskeln und in der Leber, ferner in allen rasch wachsenden Geweben. In Krankheiten vermindert es sich erheblich, namentlich bei der Tuberkulose. Ein sehr wirksames Glycogen stellt Merck aus Miesmuscheln dar, ein weiſsliches hygroskopisches Pulver von billigem Preise. Bei keiner Krankheit schwindet das Glycogen so rasch wie bei der Tuberkulose. Um eine lebhaftere Zellenneubildung anzuregen, wie es für die Heilung der tuberkulösen Prozesse und auch bei Narbenbildungen bei anderen Erkrankungen notwendig ist, ist, wie die physiologische Chemie lehrt, die Gegenwart von Glycogen Vorbedingung. In diesem Sinne soll die Zuführung von Glycogen ein Heilmittel bilden, es soll den Kräfteverfall aufhalten, eine Eigenschaft, die dem Glycogen in hohem Maſse zugesprochen wird. Es soll den Appetit stark anregen und nervöse Erscheinungen schnell zum Schwinden bringen. Die wirksamste Einverleibung ist die subcutane oder diejenige vermittelst Klystieren, subcutan etwa 0,02 auf 1 g Wasser, im Klystier 0,5, zweckmäſsig mit 0,3 Ammon. carbon.

A. Strauſs-Barmen.

Nochmals das Glycogen, von RÖRIG-Paderborn. (*Ärztl. Rundschau.* 1900. No. 50.) Ausgehend von dem von VON LEYDEN aufgestellten Satze, dafs dem Glycogen die Aufgabe zufalle, die Herzkraft hochzuhalten, setzt R. auseinander, wie wichtig es sei, die Tuberkulose erst dann mit den üblichen sog. spezifischen Mitteln (Tuberkulin, Zimmetsäure, Kreosot etc.) zu behandeln, wenn vorher eine ausreichende Mästung stattgefunden habe, insbesondere wenn der Glycogengehalt des Körpers ein genügender sei. Sodann seien die Rezepte wiedergegeben, die R. für den Gebrauch des Glycogens vorschreibt.

1. ℞ *Glycogeni* 0,2
Aq. destill. sterilis. 10,0

Ds. Tägl. 1 mal 2 cm³ einzuspritzen. Weite Kanüle!

2. ℞ *Glycogeni* 3,0
Aq. destill. sterilis. 60,0

Ds. Auf einmal einzuspritzen, bei schweren septischen Fiebern und Phthisis consummata.

3. ℞ *Glycogeni* 2,0
Ammon. carbon. 0,5
Aq. fontis 50,0
Zum Klysma.

4. ℞ *Glycogeni* 5,0
Ammon. carb. 3,0
Sacchar. solub. 0,9
Pastae Cac. pur. 8,0

M. leve artis ut f. pastilli No. X. Tägl. 2 Pastillen.

5. ℞ *Glycogeni.*
Creosot. valerian. ää 0,3

In Kapseln morgens und abends zu nehmen. *A. Strauſs-Barmen.*

Die Wirkung des Quecksilbers auf den Körper, von WILLIAM HENRY PORTER. (*Mercks Arch.* Nov. 1901.) Alle Wirkungen der Hg-Salze, speziell des Kalomels, auf den Körper sind nach dem Verfasser im wesentlichen von ihrer Wirkung auf die Leber herzuleiten. Die im Blute zirkulierenden Kalomelpartikelchen reizen die Leberzellen wie toxische Fremdkörper zu stärkerer Sekretion. Dabei werden schliefslich mehr Gallensäuren abgesondert, als in Salze verwandelt werden können, es entsteht reichlicher Galleabfluſs, und das Kalomel wird mit fortgeschwemmt. Die im Übermafs abgeschiedenen Gallensäuren sind es, welche den Darm zu vermehrten Entleerungen anregen. Der ganze Prozefs befördert den Stoffwechsel in der Leber und damit im übrigen Organismus, der sich nunmehr etwaiger Gifte oder pathologischer Produkte leichter entledigen kann. Hierin allein besteht auch die antiluetische Wirkung des Quecksilbers. Stärkere Salivation tritt ein, wenn die Leberzellen nicht genügend auf das Quecksilber reagieren können und die Speicheldrüsen für sie einzutreten suchen; diese Eventualität wird durch grofse Dosen Hg eher verhütet. — Ein langer Exkurs bezweckt noch darzulegen, dafs man Kalomel und Salzsäure unbedenklich zu gleicher Zeit verabreichen darf. [Der ganze Aufsatz ist rein spekulativer Natur und enthält nicht wenig anfechtbare Behauptungen; einige von diesen werden in Anmerkung bereits von dem Herausgeber des Archivs widerlegt. D. Ref.]

Max Levor-Hamburg.

Über die Nierenläsionen bei der experimentellen Sublimatvergiftung, von GIURANNA. (*Giorn. intern. delle scienze med.* 1902. No. 20.) Verfasser hat bei Meerschweinchen und Kaninchen durch subcutane Sublimatinjektionen in mehr oder

weniger starken Dosen akute und chronische Intoxikation erzeugt und gefunden, daſs bei Quecksilbervergiftung die Nieren die am schwersten betroffenen Organe sind. In diesem Organe und speziell im Epithel der Tubuli contorti ruft das Sublimat derart charakteristische Veränderungen hervor, daſs daraus ohne weiteres die Natur der Vergiftung erkannt werden kann. Diese Veränderungen sind nekrotischer Art und können sich unter drei verschiedenen Formen zeigen: 1. als eine übertriebene sekretorische Thätigkeit der Zellen, speziell der Heidenhainschen. In diesem Falle erscheinen in den Nierenkanälen Körnercylinder. 2. Als akute Nekrose der Elemente mit Bildung von aus nekrotischen Zellen bestehenden Cylindern. 3. Als Kalkimprägnation der zelligen Elemente mit nachfolgender Bildung wahrer Kalkcylinder. Gleichzeitig beobachtet man in den Sublimatnieren Regenerationserscheinungen in den Zellen, die sich durch indirekte Zellteilung zu erkennen geben. *C. Müller-Genf.*

Über einen Fall von Vergiftung mit Hydrargyrum oxycyanatum, von Ernst Lottmann-Prag. (*Therap. Monatsh.* 1901. No. 8.) Der Fall betraf eine 27jährige Wärterin, die in suicidialer Absicht 5 g Hydrarg. oxycyanat. in einem halben Glase Wasser gelöst auf einmal einnahm und nach einmonatlichem Krankenlager starb. Von dem typischen Bilde der Sublimatintoxikation unterschied sich der Fall in mehrfacher Hinsicht. Erstens war auffallend die anfangs vorhandene, hochgradige Cyanose, sowie die im Anfang aufgetretenen klonischen Krämpfe in der linken oberen Extremität, Symptome, die vielleicht auf die Nebenwirkung des Cyans zu beziehen sind. Zweitens war bemerkenswert das verhältnismäſsig späte und nur geringgradige Auftreten der merkuriellen Stomatitis, die bei der Sublimatvergiftung im Vordergrund der Erscheinungen zu stehen pflegt. Der übrige Verlauf war, wenn auch ungewöhnlich protrahiert, doch der gleiche wie bei der Sublimatvergiftung, zuerst durch einige Tage Anurie, dann die Erscheinungen der akuten, toxischen, späterhin der subakut-chronischen Nephritis mit schlieſslich letalem Ende unter dem Symptomenbilde der schwersten urämischen Toxikose. Die Sektion ergab von charakteristischen Erscheinungen auſser der Nierenentzündung noch nektrotisierende Entzündung der Darmschleimhaut und Narbenbildungen im Magen; charakteristisch war auch das völlige Fehlen jeder Fäulniserscheinung noch am vierten Tage nach Eintritt des Todes.
A. Loewald-Cassel.

Über Stukowenkows Methode der quantitativen Quecksilberbestimmung im Harn, von Bruno Bardach-Wien. (*Centralbl. f. inn. Med.* 1902. No. 2.) Malkes beschrieb unlängst eine Methode der quantitativen Bestimmung von Quecksilber im Harn, welche auf einem von Stukowenkow herrührenden Fällungsverfahren von Quecksilber durch Eiweiſs beruht. (*Chem.-Ztg.* Bd. 24. S. 816.) 1/2 l Harn wird mit 5 ccm frischem Hühnereiweiſs versetzt und durch Erhitzen im Wasserbade, eventuell nach schwachem Ansäuern coaguliert. Das filtrierte, auf einer Thonplatte gesammelte Coagulum bringt man in einen schmalen Cylinder, der 50 ccm konzentrierte Salzsäure enthält, fügt eine Kupferspirale hinzu und läſst 14—16 Stunden stehen. Die so amalgamierte Kupferspirale wird dann in einem einseitig zugeschmolzenen Glasröhrchen mit Jod erhitzt und aus der Intensität des Quecksilberjodidringes durch Vergleich mit einer auf analoge Weise bereiteten Skala auf die Quecksilbermenge geschlossen. Bardach stellte nun durch Versuche fest, daſs diese Methode zwei erhebliche Fehlerquellen birgt, die höchstens eine ganz grobe Schätzung, keineswegs aber eine quantitative Bestimmung des Hg im Harn gestatten. Einmal genügen bei einem Gehalt von 0,0035 g Quecksilber in 500 ccm Harn, also Mengen, wie sie bei den gewöhnlichen Hg-Kuren vorkommen, die vorgeschriebenen 5 ccm Eiweiſs nicht, um alles Metall aus dem Harn auszuscheiden. Sodann entzieht sich auch bei

der größtmöglichen Vermehrung des Kupfervolumens (Drahtnetzrolle) ein nicht unbeträchtlicher Teil des Hg der späteren Abscheidung als Jodid.

Max Levor-Hamburg.

Therapeutische Anwendung des Ichthoforms, von H. GOLDMANN. (*Centralbl. f. d. ges. Ther.* 1900. No. 9.) Ichthoform, eine Kombination von Ichthyol und Formaldehyd, wird als ein in hohem Grade antibakterielles und desodorierendes Mittel bezeichnet. Es ist ungiftig und reizlos. *A. Strauß-Barmen.*

Ein Fall von Jodoformvergiftung, von CHARLES H. DIXON-St. Louis. (*St. Louis Courier.* Jan. 1902.) Im vorliegenden Falle handelte es sich um eine Jodoformpsychose bei einer neuropathisch veranlagten Person. Dieselbe, ein 20jähriges Mädchen, war wegen einer Osteomyelitis septica an der rechten Tibia operiert und die Wunde mit einer 10%igen Jodoform-Glycerin-Emulsion verbunden worden; nach 3—4 Tagen wurde Patientin furchtbar erregt, bekam Delirien und konnte nur mit Mühe im Bett gehalten werden. Der Jodoformverband wurde entfernt, statt dessen ein solcher mit Sublimatgaze angelegt; der Zustand der Patientin besserte sich plötzlich und in wenigen Tagen waren alle Intoxikationserscheinungen verschwunden. D. hat verschiedene Fälle von Jodoformvergiftung erlebt und alle, mit einer einzigen Ausnahme (Pulver) kamen nach dem Gebrauch der Emulsion vor. *Stern-München.*

Akuter Jodismus unter dem Bilde einer mumpsähnlichen Erkrankung, von KARL FÜRTH. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1901. No. 45.) Starke Parotitis nach Jodmedikation ist in einigen Fällen von ROSE, RIEDER, VILLAS gesehen worden. Verfasser berichtet über einen weiteren. Eine Patientin hatte Jod genommen, nach mehrwöchentlichem Gebrauche stellte sich unter Unbehagen eine Anschwellung des Augenlides ein, die nach Aussetzen des Jodes schnell zurückging. Als Patientin später wieder Jod einzunehmen versuchte, begann nach wenigen Stunden ein schweres Krankheitsbild: Herzklopfen, eingenommener Kopf, Abgeschlagenheit, Fieber, Erschwerung des Sprechens, starke Anschwellung der oberen Halspartien, Trockenheit im Munde. Die Schwellung betraf die Glandulae submaxillares; die Parotiden waren normal. Der Mundboden war durch die geschwollenen Halsdrüsen emporgedrängt. Der Zustand besserte sich nach Aussetzen des Jods, nur die Schwellung schwand erst in fünf Tagen. — Ein nochmaliger Versuch mit Joddarreichung rief dasselbe Krankheitsbild hervor. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Erfahrungen über die Anwendung des Jodipins, von WAUKE. (*Corresp.-Bl. d. allg. ärztl. Ver. v. Thüringen.* 1901. No. 6 u. 7.) Auf Grund von 15 Fällen empfiehlt Verfasser das Jodipin sehr, und zwar lediglich in der Form subcutaner Injektionen mit 10%-, resp. 25%iger Lösungen. Unangenehme Nebenerscheinungen traten gar nicht oder nur in ganz unbedeutendem Grade auf. In der Prof. BINSWANGERschen Klinik wirkte die Jodipinbehandlung günstig bei allen tertiären gummösen Formen der Syphilis, ferner bei postsyphilitischen Erkrankungen, wenn sie noch frisch sind und wenn es sich um Mischformen handelt des diffusen degenerativen Hirnrindenprozesses mit gummösen Neubildungen. *A. Strauß-Barmen.*

Praktische Erfahrungen mit Jodipin, von E. HÖNIGSCHMIDT-Weistrach. (*Ärztl. Centralztg.* 1901. No. 28.) U. a. machte Verfasser Jodipininjektionen bei skrofulösen Infiltrationen des Bindegewebes in diese selbst, und zwar je 5 g. Er will nach 4 bis 5 Injektionen, jeden 3. bis 4. Tag ausgeführt, die Resorption der Infiltrate erzielt haben. *A. Strauß-Barmen.*

Über Jodipin, von Alex. Paldrock-Dorpat. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1901. No. 45.) Verfasser hat das Jodipin innerlich und subcutan in einem Falle maligner Lues und acht Fällen tertiärer Lues angewandt und bestätigt die bisherigen günstigen Erfahrungen der Autoren. *A. Loewald-Graudenz.*

Jodipin und seine Verwendung, von Blanck-Potsdam. (*Med. Woche.* 1901. No. 49 u. 50.) Das von E. Merck-Darmstadt in den Handel gebrachte 10—25%ige Jodipin wird hergestellt durch Einwirkung von Jodmonochlorid auf Sesamöl und hat einen bedeutenden therapeutischen Wert. Bei rasch zu erzielender Wirkung steht es dem Jodkalium nach. Wird aber eine andauernde Wirkung erstrebt, so ist das Jodipin in subcutaner Anwendung das souveräne Mittel, ebenso wenn Jodkalium und Jodipin innerlich nicht vertragen werden. Wegen der Permanenz der Jodausscheidung nach Jodipininjektionen hat diese Methode aber auch als Prophylaktikum bei der Lues Berechtigung, und ist durch dieselbe eine chronisch-intermittierende Jodbehandlung nicht nur ermöglicht, sondern es dürfte letztere in Zukunft gewifs einen hervorragenden Platz in der Syphilistherapie mit Recht für sich in Anspruch nehmen.
Bernhard Schulze-Kiel.

Über Jodothyrin, von Ed. Hönigschmidt-Weistrach. (*Ärztl. Centralztg.* 1901. No. 6.) Die Wirkung des Jodothyrins ist eine allgemeine und eine lokale: vermehrte Ausscheidung der Harnmenge und des Stickstoffs mit gleichzeitiger Abmagerung des Körpers; die lokale Wirkung richtet sich nach der Art der Anwendung. Es findet u. a. Anwendung bei Myxödem, Psoriasis und Ekzem. Verfasser empfiehlt, mit einer Tablette zu beginnen und wenn keine Störung eintritt, jeden 4. Tag die Dosis um eine Tablette zu steigern, bis der gewünschte Erfolg eintritt. Seine Erfahrungen erstrecken sich im wesentlichen auf nicht dermatologische Fälle, wie Kropf, Fettleibigkeit.
A. Strauſs-Barmen.

Beitrag zur Anwendung des Airols in der Praxis, von F. Braun. (*Dtsch. Ärztestg.* 1901. No. 16.) Airol (Roschr) wird empfohlen bei Unterschenkelgeschwüren statt des leicht reizenden Jodoforms, bei zerfallenden lymphomatösen Geschwülsten am Halse, bei Auskratzungen nach verkästen Drüsen, bei Brandwunden zweiten Grades, bei Balanitis, bei Panaritien etc. Es eignet sich sehr gut zur Behandlung luetischer Geschwüre, speziell auch des Schankers. Seine oft erprobten Vorzüge sind Reizlosigkeit, Geruchlosigkeit und seine stark austrocknende Wirkung.
A. Strauſs-Barmen.

Über die Wundbedeckung mit der v. Brunsschen Airolpaste, von B. Honsell. (*Beitr. z. klin. Chir.* 29. No. 3.) Die eintrocknende, hygroskopische und stark antiseptische Wirkung der Paste wird wiederholt gerühmt. Kaninchen, denen sie ins Peritoneum eingebracht wurde, vertrugen sie schadlos. Man mufs zur Verhütung einer Zersetzung die Paste vor Luft, Licht, Wasser und Metallinstrumenten schützen. Die jetzt übliche Formel ist:

℞ *Airol* 5,0
Mucil. gumm. arab.
Glycerin ää 10,0
Bol. alb. q. s. ut f. pasta mollis.

A. Strauſs-Barmen.

Über das Asterol, von M. Friedländer-Berlin. (*Dtsch. Ärztestg.* 1901. Heft 8.) Vernickelte oder stählerne Instrumente wiesen nach stundenlangem Liegen in 4%ø Lösung eine leichte, graue Trübung auf, welche sich leicht fortwischen liefs. Elastische Instrumente blieben unbeschädigt. 5-, resp. 8%ige Lösungen von Asterol (eine Salb-

Phenyl-Quecksilberverbindung mit ca. 15% Quecksilber), als intramuskuläre Injektionen bei Lues verwandt, waren fast schmerzlos und schienen einen günstigen Einfluſs zu haben. Ein in den Lösungen sich bildendes Sediment ist allerdings noch nicht seinem Wesen nach aufgeklärt! Weiche Schanker, bei welchen 1 ccm einer 1%igen Lösung unter das Ulcus selbst injiziert wurden, heilten ohne andere Behandlung in kurzer Zeit ab. Harte Schanker blieben unbeeinfluſst. Bei Blennorrhoe waren die Resultate meist negativ. Nach der Cystoskopie, sowie bei chronischen Blasenkatarrhen bewährten sich dagegen Spülungen mit Lösungen von 2,0—5,0 : 1000,0. Die Versuche stammen aus Lassars Klinik. *A. Strauſs-Barmen.*

Über das Extractum Pichi-Pichi siccum (Urosteriltabletten), von Martin Friedländer-Berlin. (*Therap. Monatsh.* Sept. 1901.) Die sämtlichen wirksamen Bestandteile des Extractum Pichi fluidum in trockener Form wurden in Tablettenform zu 0,25 g gebracht und bei akuter Blennorrhoe mit Lymphangitis, Ödem, Fluor und heftigen Schmerzen mit günstigem Erfolge gegeben. Mit Salol und Tannin verbunden (0,25 g Extrakt, 0,125 g Salol und desgleichen Tannin) wurden die Tabletten bei Blasenkatarrh versucht. Auf Grund von 4 Beobachtungen glaubt Verfasser diese Tabletten empfehlen zu können, und zwar 3—4 Stück pro Tag von den Urosteriltabletten No. I (nur Pichi-Extrakt), 6—10 von den Tabletten No. II (Zusatz von Tannin und Salol). *A. Strauſs-Barmen.*

Die Wirkung des Resorcins auf die Nieren bei jungen Kindern, von P. Crouch-Westonsuper-Mare. (*Brit. med. Journ.* 26. Okt. 1901.) Bei einem 9 Monate alten Kinde gab C. zur Desinfektion des Darmkanals 3 Tage lang je 4 Gaben von 0,18 Resorcin und danach 3 Tage lang je 3 ebensolche Dosen. Am 6. Tage trat typischer grüner Karbolurin auf, welcher Phenolsulfat enthielt. Nach Aussetzen des Mittels verging die Störung. Gewöhnlich wird in den (englischen) Lehrbüchern angegeben, daſs ein einjähriges Kind 0,36 alle 4 Stunden etwa 8 Tage lang ohne Nachteil nehmen könne. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Der elektrolytische Niederschlag von Schwefel in den Schwefelthermen zu Harrogate, von F. W. Smith. (*Brit. med. Journ.* 16. Febr. 1901.) Die praktischen Erfahrungen des Verfassers sowohl, wie experimentelle diesbezügliche Untersuchungen haben zu folgenden Schlüssen geführt:

1. Der Schwefel in dem Schwefelbade zu Harrogate wird in statu nascendi durch Elektricität am positiven Pole abgelagert.

2. Dasselbe geschieht unter ähnlichen Umständen auf der Haut von Patienten, welche ein elektrisches Schwefelbad nehmen.

3. Der konstante Strom, durch ein solches Schwefelbad geleitet, regt die peripheren Nerven am ganzen Körper an und macht den Schwefel in statu nascendi bei Hautkrankheiten, Rheumatismus und gichtischen Affektionen wirksamer.

Auf der Haut vieler mit Elektricität in diesem Schwefelbade behandelter Patienten konnte ein gelber Niederschlag beobachtet werden, der aussah und wie Schwefel roch. Ein auf diese Weise behandelter Fall von akutem „gichtischen“ Ödem besserte sich in rapider Weise. Verfasser war frappiert über die Quantität des gelben Puders, der sich während des elektrischen Schwefelbades zu Harrogate auf der Haut des Patienten abgelagert hatte, eine Wahrnehmung, die ihm bisher nicht bekannt war. *C. Berliner-Aachen.*

Über die therapeutische Anwendung des Sozodol-Natrium bei Erkrankungen der äuſseren Genitalorgane, von J. Gouladze-Warschau. (*Dtsch. Med.-Ztg.*

1901. No. 84.) Bei 324 Kranken, welche an Ulcus molle, Balanitis, Herpes praeputialis, Erosionen, syphilitischen Affektionen der Nase und des Kehlkopfes und Unterschenkelgeschwüren litten, bewährte sich das Mittel in Pulver, Salben oder wässriger Lösung vorzüglich, in allen Fällen verschwand der eitrige Detritus rasch von den Geschwürsoberflächen, es traten in sehr kurzer Zeit reichliche Granulationen auf und die Geschwüre vernarbten rasch; ein weiterer Vorteil ist die völlige Geruchlosigkeit und der Mangel einer Reizung der gesunden Gewebe in der Umgebung. (Ein Nachteil aber der hohe Preis! Der Referent.) *Bernhard Schulze-Kiel.*

Das Vioform, ein neues Jodoformersatzpräparat, von KRECKE-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 33.) Vioform, Jodchloroxylchinolin, ist ein gelbliches, geruchloses Pulver von neutralem Charakter. Die bakteriologische Prüfung liefs eine stark entwickelungshemmende Eigenschaft des Mittels erkennen, die toxikologische lehrte, dafs es in gröfserer Dosis vertragen wird, wie Jodoform und Coretin.
A. Strauſs-Barmen.

Wasserstoffsuperoxyd und seine therapeutische Anwendung. Zusammenfassende Darstellung, von SCHMIER. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1900. No. 51.) MERCKs Hydrogenium peroxyd. ist 30%ig und unbegrenzt haltbar; es ist unschädlich und ungiftig, sowohl bei Menschen, wie bei Tieren nach Injektionen und innerlicher Verabreichung. Es hat starke hämostatische Eigenschaften und bedeutende antiseptische Wirkungen. In der Dermatologie wird es bei Epheliden angewandt, und zwar durch Auflegen von Watte, die mit dem Mittel getränkt ist, abends 5 Minuten lang. Es dient ferner zur Entfärbung der Haare bei Hypertrichosis und zu Umschlägen bei Ulcus cruris. Zu Spülungen und Verbänden dienen 1—3%ige Lösungen. Unter Abgabe von Sauerstoff tritt Schaumbildung ein mit Reinigung der Wunde ohne jede Reizung. Besonders wird es auch bei eitrigen und nekrotisierenden Wunden empfohlen. Bei jauchenden Geschwüren nimmt der Geruch schnell ab, nekrotische Borken werden gelöst und es bilden sich fleischrote Granulationen.
A. Strauſs-Barmen.

Über Yohimbin SPIEGEL, kasuistischer Beitrag zur Beurteilung seiner Wirkung gegen Impotenz, von KÜHN. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 3.) Verfasser erzielte bei einem Onanisten (nebenbei Psoriasiskranken), der nie den Beischlaf vollzogen hatte und, als er sich verheiratete, den Beischlaf nicht ausführen konnte, da die Ejakulation zu früh eintrat, einen vollen Erfolg durch Darreichung des Yohimbin. *F. Hahn-Bremen.*

Angioneurosen.

Oedema migrans, von BERNHARD SMITH. (*Brit. med. Journ.* 8. Juni 1901.) Ein 28jähriger Mann, der viel mit Verdauungsstörungen zu thun hat, bekam eines Tages ein geschwollenes Augenlid. Seit der Zeit treten Anfälle von schmerzlosen, durchscheinenden Schwellungen im Gesichte, gelegentlich auch an den Ohren, Vorderarmen und am Präputium auf, und dies periodenweise alle 14 Tage mehrere Male hintereinander, um einem freien Intervalle von einem Monate Platz zu machen. Das Ödem entwickelt sich gewöhnlich des Nachts und ist am Nachmittage des anderen Tages verschwunden. Eine Ursache konnte nicht festgestellt werden.
C. Berliner-Aachen.

QUINCKEs Ödem, von BADUEL. (*Rivista critica di Clinica medica.* 1901. No. 42.) BADUEL erwähnt einige Fälle von QUINCKEschem Ödem, das sich im Anschlufs an

Störungen im Intestinaltractus ausgebildet hatte (Enteritis, Konstipation) und welches durch Darmantisepsis rasch beseitigt wurde. In einem anderen von Riva mitgeteilten Falle entstand das Ödem nach einer Erkältung und verbreitete sich schnell über Lippen, Nase, Augenlider, erreichte am dritten Tage seinen Höhepunkt und verschwand spontan. *C. Müller-Genf.*

Gleichzeitiger Hydrops der Mutter und des Fötus, von H. V. Munster-Croydon. (*Lancet.* 25. Jan. 1902.) Eine 31jährige VI-para erkrankte einige Zeit vor der Niederkunft mit hochgradigem Hydrops und Nierensymptomen. Die Entbindung konnte nur mit grofser Mühe beendet werden, und das dabei abgestorbene Kind war ebenso wie die Placenta enorm ödematös. Auch die Bauchhöhle und die Brust des Kindes enthielten viel Flüssigkeit. Eine genauere Autopsie wurde nicht ausgeführt, aber die eine untersuchte Niere zeigte keine besonderen Abnormitäten. Verfasser bittet um weitere Aufklärung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Urticaria postdiphtherica, von J. J. Walsh-New York. (*Philad. med. Journ.* 12. Okt. 1901.) Bei einem 12jährigen Mädchen, welches 3 Jahre zuvor schon einmal an Diphtherie erkrankt gewesen war, wurde ein mäfsiger Belag im Halse konstatiert, und die bakteriologische Untersuchung ergab das Vorhandensein von Klebs-Löfflerschen Bacillen. Am vierten und auch am fünften Krankheitstage, als die Affektion im Rachen schon wieder verschwunden war, trat eine deutliche Urticaria von etwa ½stündiger Dauer hervor. Antitoxinserum war bei dieser Erkrankung aus äufseren Gründen nicht gegeben worden, obgleich das erste Mal die Krankheit nach einer Injektion günstig verlaufen war. Verfasser teilt den Fall mit zum Beweise, dafs man oft die Behandlung mit Unrecht als Ursache solcher Ausschläge bezichtigt.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Raynauds Krankheit, von W. A. Halby-Durant. (*Med. News.* 9. Nov. 1901.) Die Krankheit begann bei dem 55jährigen Manne mit brennenden Schmerzen an den zwei äufseren Zehen des rechten Fufses, sie nahmen allmählich ein cyanotisches Aussehen an, die Cyanose ging auf den Fufs und unteres Drittel des Unterschenkels, allmählich bis auf das Knie über. Einzelne nekrotische Herde traten auf und veranlafsten die Amputation, welche zwischen oberem und mittlerem Drittel des Unterschenkels vorgenommen wurde. Jedoch am Amputationsstumpf stellte sich wieder Nekrose u. s. w. ein, so dafs ein zweites Mal amputiert werden sollte (an der Hüfte); dies scheiterte an der Unmöglichkeit des Patienten, Chloroform oder Äther zu vertragen. Die Krankheit nahm nun einen raschen Verlauf, Kälte und weifse Verfärbung der Haut, gefolgt von Cyanose, schritten weiter den Oberschenkel hinauf, bis der Rumpf erreicht war; der Tod trat 5 Wochen nach Beginn der Erkrankung infolge septischer Resorption von dem gangränösen Gewebe aus ein (Fieber von 39 bis 40° C.). Im Anschlufs an diesen Fall hebt H. hervor, dafs die Raynaudsche Krankheit sich nicht auf jugendliche Personen beschränkt, nicht frei von Fieber ist, selbst bevor die Nekrose beginnt, und keineswegs stets ein gutartiges Leiden ist.
Stern-München.

Ein neues Symptom der Raynaudschen Krankheit, von A. Pospelov. (*Méd. Obosr.* Juni 1901. Nach *Semaine méd.* 1901. No. 46.) Vor mehreren Jahren war der Verfasser zufällig in eine Familie gekommen, in der die Mutter und ihre sämtlichen sehn Kinder die Gewohnheit hatten, an den Nägeln zu beifsen. Die Frau berichtete, dafs sie selbst und alle ihre Kinder sehr empfindlich gegen Kälte seien und sehr oft cyanotisch verfärbte Finger und Zehen hätten. Die Untersuchung ergab, dafs die Frau und eine ihrer Töchter die charakteristischen Erscheinungen der Raynaudschen

Krankheit aufwiesen. Seitdem hat der Verfasser eine Reihe von Nägelbeifsern — Erwachsene und Kinder — untersucht und gefunden, dafs die Onychophagie fast immer (?? Ref.) ein Symptom der Raynaudschen Krankheit ist. (Jedenfalls müfste dann in Rufsland die Gewohnheit des Nägelbeifsens viel seltener oder die Raynaudsche Krankheit viel häufiger vorkommen als bei uns. Ref.) Bekanntlich wird die lokale Asphyxie der gipfelnden Körperteile durch einen Gefäfskrampf hervorgerufen, der sich durch Konstriktion der kleinen Arterien mit nachfolgender venöser Stase äufsert. Die Stase in den Venen des Nagelbettes und Nagelfalzes nun bewirkt eine starke Kompression der in der subungualen Cutis liegenden Nervenendigungen, und durch diese Kompression wird ein Gefühl der Schwere und des dumpfen Schmerzes erzeugt, das die Kranken zum Nägelbeifsen veranlafst. *Götz-München.*

Eine unter Raynaudschen Phänomenen erkrankte Familie stellte Nikin in der Ungarischen Ärztegesellschaft vor (Sitzung am 4. Mai 1901). Die erkrankte Familie bestand aus dem 48 Jahre alten Vater (Feldarbeiter), der 42jährigen Mutter und deren 7 lebenden Kindern (16, 14, 13, 11, 9, 7, 4 Jahre alt), und aus einem der ersten Ehe entstammenden 19jährigen Sohne. Ein Teil der Familienmitglieder ist schwer erkrankt, bei dem anderen Teile sind blofs durch die Nervenuntersuchungen einige Veränderungen zu konstatieren; von der 10gliedrigen Familie ist jetzt blofs noch ein Kind gesund. Die Erscheinungen stellten sich zuerst bei dem 9jährigen Mädchen vor beiläufig 3 Jahren ein, seit dieser Zeit sind noch andere 4 Geschwister erkrankt, deren Verlauf beinahe gleich war. Hauptsächlich in der Kälte erschienen die Zehen, Knöchel, manchmal auch die Finger auf Minuten, Stunden, selbst Tage lang blafs, wachsähnlich, manchmal wiederholten sich diese Attacken, in denen die Sensibilität herabgesetzt war. Nach mehrmaliger temporärer Besserung und Rezidiven stellten sich schliefslich Cyanosen ein mit verschiedener Dauer, zumeist mit Schmerzen einhergehend. Diese Attacken nahmen stets an Häufigkeit zu, nach einige Tage anhaltender tiefdunkler Cyanose entwickelten sich blutige Blasen, welche sich entweder in Geschwüre umwandelten oder trockene Gangränen bildeten mit Abstofsen der darunter liegenden Teile. So gangränesierten bei dem 9jährigen Mädchen beide Tibien, bei dem 7jährigen Knaben beide Talusknochen, dem 19jährigen Sohne mufste die linke Fufswurzel amputiert werden, indem sich die einzelnen Teile spontan abstiefsen; bei dem 4jährigen Knaben gangränesierten die zweite und dritte Phalanx des rechten Zeigefingers, ebenso die dritte des linken. Die übrigen Geschwister und die Eltern fühlen mehr oder weniger Stiche in den Füfsen, in den Fersen Kribbeln. Das Gehen ist bei den meisten unsicher, schwerfällig, schmerzhaft, oft zeigen sich Ecthyma ähnliche Geschwüre, bei einigen ist Hyperkeratosis palm. et plant. vorhanden. Das Sensorium ist bei den meisten ziemlich gut, während der Cyanosen sind Anästhesien, Parästhesien in kleinem Mafse zu konstatieren. Die Patellarreflexe werden gut ausgelöst, Rombergsches Phänomen nicht vorhanden, die Pupillarreflexe können wegen des veralteten Trachoma nicht verwertet werden. Das am schwersten erkrankte Mädchen leidet auch an Epilepsie. Nachdem Vortragender die Ergotinvergiftungen, Syphilis, Malaria, Pellagra, Morvankrankheit, Erythromelalgie, die Nothnagel-Schulz-Rosenbachsche Akroparästhesien und die Lepra ausschliefsen konnte, machte er die Diagnose auf Raynaudsche Erkrankung. *A. Alpàr-Alexandria.*

Pellagra, von Giovanni Galli-Rom. (*Med. Woche.* 1901. No. 35.) Im Schlufsteil seiner Arbeit stellt G. folgende Theorie über die Ätiologie der Pellagra auf: Durch die Frühlingswärme entstehen im Maiskorn Molekularveränderungen und neue chemische Zusammensetzungen, die geeignet sind, in dem schon durch unzureichende Nahrung

und schwere Arbeit geschwächten Organismus Pellagra hervorzurufen. Die Veränderungen und Erzeugung schädlicher Substanzen im Maiskorn werden aufserdem auch durch unvollkommene Trocknung im Herbste und durch unzweckmäfsige Aufbewahrung während des Winters hervorgerufen. Prophylaktisch läfst sich viel gegen die Krankheit erreichen, sie soll sich vor allem gegen den Gebrauch verdorbenen Maises wenden und für gute Aufbewahrungsorte sorgen, auch wäre die gröfsere Einführung des Weizens als Nährmittel wünschenswert. Sehr wichtig erscheint auch eine bessere Aufklärung des Volkes über die Krankheit durch Schriften und Schulen. Die Gemeinden müfsten vor allen Dingen auch für die Kinder der Pellagrösen Fürsorge treffen. Gute Erfolge haben auch die Pellagrosarien und locande sanitarie, d. h. Räume, in welchen sich die Pellagrösen zur Mahlzeit einfinden und wo ihnen geeignete Kost verabreicht wird. Die Therapie selbst wendet sich hauptsächlich gegen die Anämie (Eisen, Arsen). *Bernhard Schulze-Kiel.*

Medikamente und Hauteruptionen, von Marchetti. (*Rivista critica di Clinica medica.* 1901. No. 45.) Der Artikel bringt nichts neues. Verfasser zählt zunächst die verschiedenen Theorien über das Zustandekommen der Arzneiexantheme auf, beschreibt dann die klinischen Formen der medikamentösen Hauteruptionen im allgemeinen und im besonderen. *C. Müller-Genf.*

Über ein durch den internen Gebrauch von Solutio Fowleri entstandenes Erythema gyratum, papulosum und bullosum, von Neumann. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1901. No. 47.) Von den nach Arsengebrauch auftretenden Exanthemen sind allgemein bekannt: Herpes zoster, Melanosen und Hyperkeratosen. Caiger teilte einen Fall mit, bei dem Ödem beider Hände, Rötung und Blasenbildung in den Palmarflächen nach Einnehmen von Sol. arsen. Fowleri sich einstellte. Róna erwähnt ein Bläschenexanthem, Bettmann universelle Blaseneruption, besonders an Handtellern und Fufssohlen, Rasch universelle Blaseneruption mit geschwürigem Zerfall und pigmentierter Narbenbildung, Jarisch Erytheme, Urticaria, vesikulöse, pustulöse, pemphigoide Ausschläge. Verfasser berichtet über einen Patienten mit Furunculosis, der nach Verbrauch von 40,0 Solutio Fowleri ein böses Exanthem an Händen, Füfsen, inneren Schenkelflächen, Scrotum in der Afterkerbe und im Gesichte bekam, bestehend in Rötung, Schwellung, Blasenbildung. Der Kranke war sehr mitgenommen. Das Abheilen erforderte zwölf Tage.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Erythema papulatum uraemicum, von Wedenski. (*Wratsch.* 1901. S. 1418.) Bei einem 52jährigen Manne kam es zu einer Harnverhaltung, die im Dorf, wo er sich befand, nicht gehoben werden konnte. Der Kranke wurde daher in die Stadt transportiert, wo er erst am vierten Tage nach eingetretener Harnverhaltung eintraf. Hier gelang es leicht, den Urin mittelst Katheter zu entfernen; zwei Tage später, also am sechsten Tege nach aufgetretener Harnverhaltung, stellte sich aber beim Patienten ein papulöses Erythem ein, welches in symmetrischer Weise auftrat und den ganzen Körper, mit Ausnahme der Hände und Füfse, des Gesichts und des Halses einnahm. Fieber bestand nicht. In sieben Tagen verging der Ausschlag, welcher dadurch besonderes Interesse verlangt, dafs der Urin sich frei von Eiweifs erwies, so dafs das Erythem auf die Harnverhaltung allein zu beziehen ist.
Arth. Jordan-Moskau.

Beitrag zur Kenntnis der Dermatitis haemorrhagica pyaemica, von C. Perzoli. (Festschrift zu Ehren von M. Kaposi.) In den beiden zur Sektion gekommenen Fällen von Pyaemie waren überall auf der Hautdecke, am Rumpfe sowie an den Extremitäten, hanfkorn- bis tellergrofse Hämorrhagien einige Tage vor dem

Tode aufgetreten. Die eingehende histologische Untersuchung der Hauteffloreszenzen zeigte in dem ersten Falle die massenhafte Anwesenheit der Kokken fast ausschliefslich in den Kapillaren; in dem zweiten Falle lagen die Kokken frei entweder in den Hämorrhagien oder aber hauptsächlich in den die Blutextravasate umgebenden Infiltraten. In beiden Fällen ist somit der mikroskopische Nachweis geliefert, dafs es sich um eine durch Kokken erzeugte Dermatitis haemorrhagica handelt; dieselben schliefsen sich an die von FINGER untersuchten Fälle von Dermatitis pyaemica an, in welchen der Streptococcus pyogenes als ätiologisches Moment anzusehen ist; die Hauthämorrhagien sind somit als Metastasen bei einem pyämischen Prozesse aufzufassen. Die für die übrigen Formen der Erytheme angenommene Theorie der angioneurotischen Natur würde hier nicht mehr Geltung haben, vielmehr die Bezeichnung der infektiösen oder bakteritischen oder nach JARISCH der metastatisch exsudativen Erytheme für diese speziellen Formen zu wählen sein. *Stern-München.*

Zur Ätiologie und Pathologie des Scorbuts, von G. LAMP-Bombay. (*Lancet.* 4. Jan. 1902.) Zur Erklärung des Leidens sind u. a. folgende 3 Theorien aufgestellt worden: 1. Dasselbe sei zu erklären durch eine Hyperacidität des Blutes infolge von überwiegendem Fleischgenufs und Mangel an Pflanzensäuren (A. E. WRIGHT-Netley). 2. Durch Infektion mit Ankylostomum duodenale. 3. Durch Ptomainvergiftung infolge des Genusses von verdorbenem Fleisch. L. hat bei seinen Beobachtungen an 11 Hindus keine von diesen 3 Theorien bestätigt gefunden. Bei 5 der Patienten war die Krankheit während deren Internierung im Gefängnis bei einer nachweislich vorwiegend vegetabilischen Nahrung entstanden, und bei den anderen 6 war (der Religionsvorschriften wegen) auch kein Mangel an vegetabilischer Nahrung anzunehmen. Auch ergab die Prüfung der Alkalinität des Blutes bei den 11 Patienten nur zweimal eine geringe Verminderung derselben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Purpura haemorrhagica bei Lungentuberkulose, von E. COHN-Breslau. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 50.) Der Verfasser konstatierte bei einem 19jährigen Mädchen, dessen Vater an Lungentuberkulose gestorben war, eine fast ausschliefslich an den beiden unteren Extremitäten lokalisierte Purpura haemorrhagica. Beide Beine waren in mäfsigem Grade ödematös geschwollen, die sämtlichen Gelenke waren frei. An den Lungen war keine Veränderung nachweisbar, auch Urin und Blut erwiesen sich als normal. Am Tage nach der Aufnahme dieses Befundes stellte sich eine ungemein heftige Gastroenteritis ein, die mehrere Tage anhielt. Während des Verlaufs derselben traten am Stamm, an den Armen und an verschiedenen Stellen der Mundschleimhaut zahlreiche Hauthämorrhagien auf, insbesondere entstanden Hautblutungen am linken Unterarm im Anschlufs an eine Morphiuminjektion, sowie an circumscripten Stellen im Bereich einer auf die Herzgegend und einer auf das Abdomen applizierten Eisblase. Die Purpura haemorrhagica erreichte nach mehrwöchentlichem Bestande ihr Ende, dafür trat alsbald eine schwere hämorrhagische Nephritis auf und wenige Wochen später zeigten sich die Symptome einer rapid verlaufenden Lungenphthise, die sehr rasch zum Exitus führte. Es erscheint ziemlich sicher, dafs die Phthise in diesem Falle zur Zeit der Purpuraeruption nicht allein bereits latent bestanden hat, sondern auch die Ursache der Hautblutungen war und zwar wahrscheinlich, indem sie eine Schädigung der Gefäfswände bewirkte. Wenn hier, wie in einer Reihe von anderen, in der Litteratur veröffentlichten Fälle die Purpura trotz Fortbestehens der grundlegenden Schädlichkeit, d. h. der Tuberkulose, nur ein interkurrentes Ereignis bildete, so liegt der Grund hierfür nach WISCHELL darin, dafs die Alteration der Gefäfswände durch Resorption von Toxinen aus einem plötzlich zer-

llenen tuberkulösen Herde bedingt ist; die Ausscheidung dieser Toxine mufs zu nem Erlöschen des Symptoms, id est der Purpura führen. *Götz-München.*

Purpura haemorrhagica bei Lungentuberkulose, von W. Roemisch-Arosa. n Anschlufs an die Mitteilung E. Cohns bezüglich eines Falles von Purpura haemorhagica bei Lungentuberkulose berichtet der Verfasser kurz über einen Fall von Purura haemorrhagica, der bei einem Tuberkulösen wenige Tage nach einer Hämoptoe ıfgetreten war. Die Flecken blafsten alsbald ab, wenige Tage später zeigten sich ı verschiedenen Stellen neue Purpuraflecken, die ebenfalls nach einigen Tagen verhwanden. Im weiteren Verlaufe wiederholten sich weder Hämoptoe noch Purpura. — er Fall spricht für die Richtigkeit der Erklärung, die Wichell bezüglich des ächlichen Zusammenhangs von Purpura und Tuberkulose giebt und die auch Cohn ceptiert, dafs nämlich die hämorrhagische Diathese durch die Resorption von oxinen aus einem plötzlich zerfallenen tuberkulösen Herd bedingt ist.

Götz-München.

Ein Fall von Purpura nach Diphtherie, von E. W. Goodall-London. (*Lancet.*). Nov. 1901.) Es handelte sich um ein 11jähriges Mädchen, das wegen unzweifelfter Diphtherie Antitoxin mit gutem Erfolg erhalten hatte. Am achten Krankheitsge, nachdem schon tags zuvor die Membranen völlig verschwunden waren, trat nächst ein diffuser Urtikariaausschlag ohne Fieber auf. Vier Tage später trat an len Extremitäten und vereinzelt am Rumpf eine punktförmige Purpura im Verein it Erythem hervor. Daneben waren auf der Schleimhaut des Mundes und der Nase, wie zwei- oder dreimal ziemlich lebhaft aus dem After Blutungen zu konstatieren. ie Temperatur stieg auf 39,2°; es wurde über lebhafte Schmerzen in verschiedenen elenken geklagt, und gelegentlich trat Erbrechen ein. Heilung erfolgte vollständig einigen Wochen. Die Behandlung bestand in der Darreichung von Calciumchlorid ß alle 4 Stunden), bis die Purpura keine Neigung zum Fortschreiten zeigte.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Purpura, von G. M. Tuttle-St. Louis. (*St. Louis Courier.* Jan. 1902.) ı Anschlufs an einen typischen Fall von Purpura rheumatica (Peliosis rheumatica), lcher einen dreijährigen Knaben betraf (anämisches Aussehen, Haut aufgedunsen, ıkes Knie und rechtes Ellenbogen- und Handgelenk geschwollen und schmerzhaft), ingt T. eine kurze Beschreibung der Purpura und deren verschiedener Formen. Er terscheidet 1. eine vaskuläre Purpura, 2. mechanische, 3. nervöse und 4. eine Purra infolge kongenitaler Fehler der Blutgefäfse (Purpura neonatorum, Haemophilie). i der vaskulären Form werden wieder 5 Arten unterschieden: a) infolge von Intionskrankheiten, wie Blattern, Masern, Scharlach, Syphilis, Typhus u. s. w., b) inge von überschüssigem, organischem Material im Blute, wie Galle, Harnbestandteile, sektengift, und c) infolge von im Blute befindlichen Chemikalien (Phosphor, Queckber, Mineralsäuren, Jodkalium), d) Anwesenheit unbekannter Elemente im Blute, wie i Skorbut, und e) Veränderungen in der Blutzusammensetzung selbst, wie bei den rschiedenen Formen von Leukämie und Anämie. Die zweite (mechanische) Form r Purpura kommt vor a) wenn irgend eine Behinderung der Zirkulation allgemeiner er lokaler Art vorhanden ist, wie bei Krankheiten des Herzens, der Lunge oder der ıtgefäfse, bei Thromben, Tumoren, Krampfzuständen (Keuchhusten, Epilepsie), oder wo der natürliche Halt der Blutgefäfse zerstört ist, wie bei Rekonvalescenz von hweren Krankheiten oder bei seniler Degeneration. Die dritte Form der Purpura, e nervöse, wird oft bei Tabes, Neuralgien, Hysterie, Myelitis beobachtet. Der eigentlichen Ursache der Purpura kommt auch T. nicht näher, die Veränderungen im Blute lbst — die verminderte Gerinnungsfähigkeit, die verminderte Zahl der Blutplättchen

und die Leukocytose — sind alle sekundärer Natur, und Verfasser nimmt vorläufig an, dafs diese, sowie die Tendenz zu Hämorrhagien, das interessanteste Symptom der Purpura, auf die chemische Wirkung von Toxinen organischer oder unorganischer Art zurückzuführen sind. *Stern-München.*

Bericht über einen Fall von Purpura, von T. E. SANDALL. (*Lancet.* 21. Dez. 1901.) Ein 15jähriges, kräftiges, aber noch nicht menstruiertes Mädchen erkrankte mit sehr akuten Schmerzen in der Wade, welche mit Unterbrechungen 8 Tage lang anhielten. Alsdann folgte ein charakteristischer Purpuraausschlag. S. legte sich die Fragen vor, ob das Ausbleiben der Menstruation ein ätiologisches Moment abgeben könne, und ferner ist ihm das Wesen der Schmerzen, und ob dieselben in den Muskeln oder in den Nerven lokalisiert waren, unklar. (U. A. w. g.)

Philippi-Bad Salzschlirf.

Purpura rheumatica, von R. STOCKMAN. (*Brit. med. Journ.* 22. Juni 1901.) Der 39jährige Patient klagte bei seinem Eintritt ins Hospital über Diarrhoe, allgemeine Schwäche, Schmerzen und Schwellungen in den Gelenken und über einen Ausschlag, der sich namentlich an den Beinen lokalisiert hatte. Derselbe war charakterisiert durch zahlreiche, zumeist erbsengrofse, vereinzelt auch kleinere oder gröfsere, purpurrote, mehr oder weniger runde Flecken. Hier und da bemerkte man in geringer Anzahl Petechien und Vibices. Die Knie-, Schulter- und Ellenbogengelenke waren geschwollen und schmerzhaft. Der Urin enthielt Spuren von Eiweifs. Die Untersuchung des Blutes ergab hinsichtlich der Zahl der roten und weifsen Blutkörperchen, sowie des Hämoglobins normale Verhältnisse; ungewöhnlich war nur das Auftreten der roten Blutkörperchen in Haufen, nicht in Geldrollenform. — Bettruhe und eine entsprechende Diät führten vollständige Heilung herbei. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von Peliosis rheumatica (SCHÖNLEINS Krankheit), von FAIRFAX IRWIN. (*New York med. Journ.* 12. Okt. 1901.) Die ersten Symptome der Krankheit waren bei dem 29jährigen Patienten (Schiffskoch) Ödem an den Fingern und Schmerzen in den Gelenken, später traten dieselben Erscheinungen an den Unterextremitäten und am Hoden auf, Vergröfserung der Leistendrüsen beiderseits; ausgedehnte Purpura am Rücken, Armen und Gesäfs. Stomatitis und hochgradige Salivation. In den ersten Tagen Fieber (bis 38,5°), allmähliches Sinken desselben mit dem langsamen Rückgang der Erscheinungen, vollständige Heilung nach ca. 4 Wochen. Die Behandlung bestand in innerer Darreichung von Eisenchlorid und Strychnin. sulphur. und in Myrrhentinktur und Kal. chloric. als Mundwässer. Differentialdiagnostisch war anfangs an Skorbut, Purpura haemorrhagica und auch an Syphilis (Salivation und Drüsenschwellung) gedacht worden. *Stern-München.*

Traumatische Entzündungen.

Die chirurgische Entfernung des Nagels, von BAUMGÄRTNER - Baden-Baden. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1902. No. 7.) Verfasser setzt seine Methode des Auslösens des Nagels unter lokaler Anästhesie mittelst HENNIGschem Äthylchlorid mit Hülfe seines Nagellösers, mit intakter Erhaltung der den Nagel erzeugenden Matrix und des Bettes, der bisherigen blutigen Methode des Ausreifsens entgegen, sie ist der kürzeste und lohnendste Weg und führt am schnellsten zur Heilung und Wiederbenutzbarkeit der operierten Extremitäten. (Die eingehende Schilderung des auszuübenden Verfahrens läfst dasselbe als durchaus praktisch erscheinen. Der Ref.)

Bernhard Schulze-Kiel.

Über die Behandlung der Fissura ani, von Gussenbauer. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1902. No. 2.) Bei hartnäckigen Analfissuren bewährte sich dem Verfasser am besten die von Recamier empfohlene forcierte Dilatation des Sphinkter. Die Heilung tritt, selbst wenn das Leiden noch so lange bestanden hat, in etwa einer Woche ein. Man führt die Operation am besten in tiefer Narkose aus und zwar ohne grofsen Kraftaufwand. Man führt nach einander beide Zeigefinger in den Anus und dehnt so lange, bis der Sphinkter erschlafft erscheint. Darauf Irrigation mit Salicylsäurelösung, Abtrocknen, Aufstreuen von Jodoformpulver, trockner Verband; nur bei Hämorrhoidalknoten feuchter Verband. Der Schmerz hört nach der Narkose in wenigen Stunden auf. Eine länger dauernde Inkontinenz hat der Verfasser nie beobachtet.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Erfrierung, von O. Lassar-Berlin. (*Ther. d. Gegenw.* 1902. No. 1.) Nach kurzem Hinweis auf das Wesen der Erfrierung giebt L. seine Therapie, welche er gewöhnlich anwendet, an, indem er zuerst die Behandlung der Nachwehen der Erfrierungen (rote Nasen u. s. w.) durch Schälpasten, Stichelungen, Skarifikationen beschreibt. Bei den akuten Erfrierungen ist die Hauptsache, die Oberfläche der erfrorenen Körperteile thunlichst aseptisch zu machen (Seifenbäder, Wundbehandlung mit trockenem Pulver, Bardeleben'sche Bismuth-Binden, Pyoctannin). Ist Eiterung da, so empfehlen sich u. a. protrahierte Lokalbäder in permangansaurem Kalium oder essigsaurer Thonerde. Eine spezifische Behandlung giebt es nicht, die Erfrierungen sind mechanisch-physikalische Läsionen, die je nach ihrer Ausdehnung und Hochgradigkeit zum Verlust und zur Abstofsung von Gewebspartien oder ganzer Teile führen, die aber ganz vorübergehende und ausgleichbare Störungen nach sich ziehen können. Bei leichteren Pernionen empfiehlt L. seine Frostsalbe Unguent. plumbi Vaselin. flavi ää 40,0, Ol. olivarum 20,0, M. cum. acid. phenylic. 2,0, Adde ol. Lavandul. gtt. XXX auf Lappen gestrichen, nachts aufzulegen. Auch ist eine passende Massage und Fingerübung am Platze zur Neubelebung der Cirkulation.

Bernhard Schulze-Kiel.

Ein Fall von Urticaria in direktem Anschlufs an einen Wespenstich entstanden, von T. W. Parry-Youlgreave. (*Lancet.* 26. Okt. 1901.) Ein 15jähriger Knabe wurde von einer anscheinend altersschwachen Wespe in den Zeigefinger gestochen. Sofort empfand er einen heftigen Juckreiz am ganzen Körper, und alsbald konstatierte Verfasser eine exquisite typische Urticaria der Arme, Beine und des Rumpfes, die aber am nächsten Morgen wieder verschwunden war. Offenbar war von dem Insekt irgend ein Toxin auf den Patienten übertragen worden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Hauterscheinungen nach Röntgenstrahlen, von A. Wylie. (*Brit. med. Journ.* 9. Febr. 1901.) Eine Frau bekam drei Wochen nachdem sie an zwei aufeinanderfolgenden Tagen zuerst 50, dann 40 Minuten den Röntgenstrahlen ausgesetzt worden war, an der bestrahlten Fläche des Abdomens eine brennende, stark gerötete Stelle. Nach einigen Monaten hatten sich innerhalb dieses Bezirks rote Ringe gebildet, deren Centrum im Abblassen begriffen war. Derartige Flecke im Gesichte oder an einer anderen sichtbaren Stelle wären ein unangenehmes und sehr unerwünschtes Vorkommnis für die Patienten wie für den Arzt. *C. Berliner-Aachen.*

Bericht über einen Fall von Raupenhaar-Entzündung des Auges, von R. Denig. (*New York. med. Wochenschr.* 1901. No. 10.) Durch Eindringen der Härchen der Raupen verschiedener Arten, besonders der Prozessions-, der Brombeer- und Kieferspinner, ins Auge kann eine sehr schmerzhafte und heftige Entzündung

des Auges, der Conjunctiva, Cornea, Iris entstehen, welche einen sehr schweren Verlauf nimmt. Die Haut der Lider schwillt dabei sehr an. (Auch die äufsere Haut ist sehr empfänglich gegen diese Raupenhaare. D. R.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Neurotische Entzündungen.

Im Verein der Ärzte in Halle a. S. (Sitzung vom 23. Oktober 1901. Nach *Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 1.) stellte C. Fraenkel einen Fall von **Chlorakne** vor und gab bei dieser Gelegenheit eine kurze Darstellung dieser seltenen Affektion, deren wahre Ursache wir noch nicht kennen. Der Patient wies neben der Chlorakne noch eine komplizierte nervöse Störung auf, dieselbe hatte jedoch schon vor dem Eintritt des Mannes in die elektrochemische Fabrik, in der er die Chlorakne acquirierte, begonnen.

In der Diskussion über den Vortrag, in dem bezüglich der Chlorakne neue Gesichtspunkte nicht beigebracht wurden, erklärte Nebelthau, dafs es sich bei der nervösen Störung des Patienten um eine Polyneuritis handelt; allerdings ist die Möglichkeit, dafs auch eine beginnende Tabes vorliegt, nicht auszuschliefsen. Was den eventuellen Zusammenhang der Polyneuritis mit der Hautaffektion betrifft, so kann man höchstens annehmen, dafs durch die den Hautausschlag verursachende Schädlichkeit ein bestehendes oder sich anbahnendes Nervenleiden beträchtlich verschlimmert worden ist. Hoeniger hält einen ätiologischen Zusammenhang zwischen Nervenerkrankung und Chlorakne für möglich, es müfste in diesem Falle ein Metall die Ursache des ganzen Krankheitsbildes sein. Nebelthau bemerkt, dafs er an die Möglichkeit einer Arsenneuritis wohl gedacht habe, dafs aber weder im Urin des Kranken noch in dem Material, mit dem derselbe in der Fabrik hantierte, Arsen nachgewiesen werden konnte. Mering hält eine Metallvergiftung für ausgeschlossen, da Metalle in den verarbeiteten Salzen, den Chloralkalien, nicht vorkommen. Demgegenüber betont Fraenkel, dafs eine Verunreinigung dieser Stoffe durch Metalle immerhin denkbar sei. Andererseits seien nervöse Störungen durch den in Frage stehenden Betrieb bisher nie hervorgerufen worden; das wäre jedoch sicher der Fall gewesen, wenn ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Neuritis und der gewerblichen Beschäftigung bestände. *Götz-München.*

Duhrings Krankheit bei Kindern, von Will. S. Gottheil-New York. (*Arch. of Pediatrics*, Juni 1901.) Verfasser glaubt, dafs diese, von Duhring zuerst Dermatitis herpetiformis genannte Affektion weit häufiger in den Kindesjahren ist, als allgemein angenommen wird, und jedenfalls oft für ein gewöhnliches Ekzem gehalten wird. Von den Fällen dieser Art, welche G. beobachtete, sind hier zwei genauer beschrieben und mit Abbildungen erläutert. In dem ersten Falle handelte es sich um ein sonst gesundes, normal entwickeltes Mädchen im Alter von 9 Jahren, welches seit 5 Jahren das Hautleiden hatte; Hände, Beine und Arme sind hauptsächlich befallen. Die Affektion tritt anfallsweise auf $^1/_2$—2 Monate auf, um dann wieder zu verschwinden; der Beginn ist immer aufserordentlich heftiges Jucken und dann erscheint plötzlich eine Eruption von gruppierten Bläschen, um welche herum nur wenig Entzündungsröte herrscht. Die Eruptionen wurden häufiger pustulös, bevor sie aufbrachen, und schliefslich war die voll entwickelte Dermatitis gemischten Charakters: erythematös, vesiculös, bullös und nässend. Bei dem zweiten Falle hatte der 12jährige Knabe die Affektion seit 13 Monaten; hier erschienen die Bläschen plötzlich am Penis, Skrotum, an den Lenden, ohne dafs jedoch das prodromale Juckgefühl vorhanden war, dasselbe trat vielmehr erst später auf. Die Bläschen entwickelten sich rasch zu Blasen, die

mit trübem Serum gefüllt waren. Die Krankheit hat im allgemeinen sehr chronischen Verlauf, ist sehr hartnäckig und tritt immer wieder mit derselben Lokalisation auf; Resistenz gegen jede Behandlungsart ist ein weiteres Charakteristikum, welches die Dermatitis herpetiformis vor allem vom gewöhnlichen Ekzem unterscheidet. Die Rezidive stellen sich in regelmäfsigen oder unregelmäfsigen Zwischenräumen ein, welche Mittel, innerlich oder äufserlich, auch gebraucht worden seien. G. beschränkt sich daher auf allgemein tonische und hygienische Maſsnahmen und glaubt, daſs Luftveränderung, wenn möglich, wirksamer ist, um Rückfälle zu verhüten, als alle Arzneimittel; lokal kann irgend eine der kühlenden Salben oder Ichthyol in 5—10% Lösung angewandt werden. *Stern-München.*

Über die Eosinophilie bei der Duhringschen Dermatitis, von Carle und Montagart. (*Lyon méd.* 1901. No. 38.) Die Verfasser berichten über einen 44jährigen Mann mit Dermatitis herpetiformis, bei dem die Krankheit zum ersten Mal im zehnten Lebensjahre aufgetreten war. Die Efflorescenzen waren damals teils erythematöser, teils papulöser, teils vesikulöser, teils bullöser Natur gewesen, hatten sich von den Beinen ausgehend über den ganzen Körper ausgebreitet und zahlreiche rote und violette Flecken hinterlassen. Die Affektion hatte mit einigen kurzen Remissionen 15 Jahre angedauert, um dann plötzlich abzuheilen. 18 Jahre später brach die Krankheit von neuem aus: sie begann wieder an den Beinen und breitete sich abermals über die Haut des ganzen Körpers aus, nur das Gesicht blieb verschont. Die Erscheinungen waren wie bei der ersten Attacke sehr polymorph, es fanden sich gleichzeitig erythematöse, papulöse, vesikulöse, bullöse und pustulöse Efflorescenzen vielfach konfluiert und in den verschiedensten Entwickelungsstadien. An der Innenfläche der Oberschenkel war die Haut verdickt und hart. Vor jeder Eruption empfand der Kranke an der betreffenden Stelle heftiges Jucken, das mit dem Erscheinen der Efflorescenzen nachliefs. Der Urin enthielt Eiweifs in geringer Menge. Die nach verschiedenen Methoden vorgenommenen Blutuntersuchungen ergaben keine nennenswerte Vermehrung der eosinophilen Zellen. Die Behandlung bestand in Verabreichung von Vollbädern mit Stärkemehlzusatz, täglich wiederholten Waschungen mit lauwarmer Borsäurelösung und Eröffnung der Blasen mit nachfolgender Einpuderung; aufserdem erhielt der Kranke Arsenik und reizlose Kost. Unter dieser Therapie trat im Verlaufe von sechs Wochen Heilung ein; die Haut blieb teilweise lichenifiziert und in grofser Ausdehnung pigmentiert. — Am Schlusse wenden sich die Verfasser gegen die bekannte Anschauung Leredds und zahlreicher anderer französischer Dermatologen, der zufolge die Dermatitis herpetiformis eine „Haematodermatitis" wäre, abhängig von einer Veränderung in der normalen Zusammensetzung des Blutes, die sich in einer starken Vermehrung der eosinophilen Zellen äufsert. Die Eosinophilie ist nach Ansicht der Verfasser durchaus kein Charakteristikum der Duhringschen Dermatitis; denn einerseits fehlt sie in manchen Fällen von Dermatitis herpetiformis, wie z. B. in dem oben angeführten, andererseits ist sie bei einer grofsen Reihe von Hautkrankheiten, die keinerlei Beziehungen zur Duhringschen Dermatitis haben, zu konstatieren. *Götz-München.*

Ein durch Staphylococcus albus bedingter Fall von Hydroa gestationis von N. W. Holmes und W. Bulloch - London. (*Brit. med. Journ.* 11. Jan. 1902.) Eine 26jährige III. Para erkrankte am Tage nach der Entbindung an einem heftig juckenden Ausschlag, der sich in Form teils von diffuser Rötung, teils von isolierten und von gruppenweise zusammengestellten Papeln fast über den ganzen Körper ausbreitete. Am folgenden Tage und im weiteren Verlauf entwickelten sich erbsen- bis

wallnufsgrofse Blasen, in denen Reinkulturen von Staphylococcus albus nachgewiesen wurden. Unter lokaler Applikation von Lotio picis liquid. und innerer Darreichung von salinischen Mitteln und Arsenik, sowie späterhin Schwefeltabletten heilte die Affektion unter Hinterlassung einiger Narben. Bei den zwei ersten Entbindungen soll die gleiche Hautkrankheit aufgetreten sein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Aphoristisches zur Ätiologie der Prurigo, von E. Finger-Wien. (Festschr. zu Ehren von M. Kaposi.) Finger kommt in dieser geistreichen Abhandlung, zu welcher der Vorstand des chemischen Laboratoriums am k. k. Rudolphs-Spital, Dr. E. Freund, die notwendigen chemischen Analysen geliefert hat, zu dem Schlusse, dafs man die Prurigo, ebenso wie Pellagra, Urticaria, die Arzneiexantheme und den Pruritus bei Icterus, Albuminurie, Diabetes, als von einer Autointoxikation ausgehende Dermatosen ansehen könnte. Das Entstehen bei Kindern, in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres, also in der Zeit der Ablaktion, die so viel Ursache zu Darmstörungen giebt, ihr Auftreten vorwiegend bei Kindern aus der ärmeren Bevölkerung, wo die Nahrung meist eine unzweckmäfsige ist und häufig Verdauungsstörungen bei diesen Kindern auch nur bei oberflächlicher Untersuchung sich nachweisen lassen, schliefslich die Thatsache, dafs Autointoxikationen sowohl Angio- als Sensibilitäts-Neurosen bedingen könne, dies alles spreche dafür, die Prurigo als kombinierte Angio-Sensibilitäts-Neurose aufzufassen, und die die Prurigo oft einleitende und begleitende Urticaria lasse an die Möglichkeit denken, dafs wenigstens ein Teil der Prurigofälle auf der Basis einer Autointoxikation auf Grund gesteigerter Darmthätigkeit zu stande kommen könne. Wenn auch von anderer Seite (Besnier, Feulard) schon ähnliche Ansichten geäufsert wurden, so gelang es Freund, in den drei aufgeführten Fällen (von Prurigo) in exakter Weise, durch die chemische Harnanalyse diese abnormen von Zersetzungsprozessen im Darm herstammenden Produkte (Indoxyl, Skatoxyl) nachzuweisen; diese Zersetzungsprodukte kamen also wirklich zur Resorption, thatsächlich lag somit in diesen Fällen eine Autointoxikation vor. Die Schlufskette der Beweisführung scheint damit gegeben zu sein, dafs in diesen drei Fällen und einem weiteren, nur klinisch beobachteten Falle ohne lokale Mafsnahmen nur auf rein diätetisches Verhalten hin Remissionen des Prozesses erzielt wurden. F. hebt ausdrücklich hervor, dafs das bisher beobachtete Material viel zu gering sei, um zu irgend welchen positiven Schlüssen zu kommen, möchte aber mit vorliegender Arbeit die Anregung zu weiteren Untersuchungen über den ätiologischen Zusammenhang zwischen Prurigo und intestinaler Autointoxikation geben. *Stern-München.*

Über Erythromelie, von Viktor Klingmüller. (Festschr. zu Ehren von M. Kaposi.) Die Affektion, von Pick zuerst im Jahre 1894 unter diesem Namen beschrieben und für eine vasomotorische Neurose centralen Ursprungs angesehen, tritt mit teils umschriebener, teils diffuser Rötung der Haut an der Streckseite der Extremitäten auf, ohne weitere Veränderungen der ergriffenen Hautpartien darzubieten. Kl. beobachtete drei ähnliche Fälle, wovon zwei aus der Privatpraxis Neissers stammend, hier genauer beschrieben sind. In dem einen Fall bestand auf beiden Fufsrücken eine dunkelblaurote bis braunrötliche Verfärbung, an einigen Stellen geringe Abschuppung in feinen dünnen Blättchen, die Epidermis dünn, die Haut sieht beim Aufheben einer Hautfalte wie zerknittertes Cigarettenpapier aus. Am Handrücken ähnliche Veränderungen, nur viel weniger ausgeprägt, Sensibilität erhalten, an Nerven und Gefäfsen keine nachweisbaren Veränderungen. Im zweiten Falle war die Röte an Handrücken, Wangen und Ohren und zwar von Jugend auf vorhanden; subjektive Beschwerden bestehen auch hier nicht. Bezüglich der Ätiologie dieser

Erythromelie kann KL. der Ansicht von PICK, KAPOSI, NEUMANN als vasomotorische Parese nicht beipflichten, sondern er glaubt, daſs das Primäre eine Erkrankung der Gefäſse oder vielmehr der Gefäſswände selbst sei; dafür würden sprechen die bräunlichrote Verfärbung, die Pigmentverschiebungen, die Epithelabstoſsung (Schuppenbildung) und die sekundäre Atrophie der Haut. Streng zu unterscheiden von der Erythromelalgie (heftige Schmerzen!) wäre also die Erythromelie eine eigenartige Gefäſserkrankung mit Pigmentverschiebung und sekundärer Hautatrophie. *Stern-München.*

Beitrag zur Pathogenese des Herpes vulgaris, von L. JACQUET-Paris. (Festschr. zu Ehren von M. KAPOSI.) J. bringt hier einen an sich selbst erlebten Beitrag zur Lehre von BROWN-SÉQUARD, wonach jeder von einem Organismus empfangene Eindruck (oder krankhafte Veränderung) denselben in seiner Totalität modifiziert, und hat die Überzeugung, daſs dieses Gesetz die Pathogenese zahlreicher Dermatosen, wie die Erytheme, Ekzeme, Pemphigus, Lichen, Herpes u. s. w., erklären könnte. J. hatte kurze Zeit hintereinander drei Anfälle von Herpes vulgaris, und zwar das erste Mal im Anschluſs an eine Phlegmone des äuſseren Gehörganges und allgemeine Hyperästhesien derselben Seite (heftige Schmerzen an der rechten Schulter und der ganzen rechten Seite) und später auch der rechten Körperhälfte (weniger hochgradig). Einige Wochen später Phlegmone des linken äuſseren Gehörganges, allgemeine Hyperästhesie der linken Körperhälfte (Migräne, Epistaxis) und typischer Herpes der linken Unterlippe. Nach weiteren fünf Wochen infolge heftiger Zahnschmerzen Notwendigkeit, eine Plombe zu entfernen: heftige, 10 Tage währende Gesichtsneuralgie, Hyperästhesien am linken Arm und späterhin Herpes an der linken Seite des Präputiums. Kurz, dreimal hintereinander hat eine heftige Erregung zweier nervenreicher Körpergegenden vielseitige dynamische Erschütterung hervorgerufen, wovon eine zu Herpes der erkrankten Seite führte. J. glaubt, daſs eine solche Coincidenz auſser bei Herpes sicher auch bei Ekzema und Lichen simplex vorkommt; die sekundäre Dermatose muſs dabei nicht unbedingt der Seite der Initialreizung entsprechen.

Stern-München.

Herpes im Verlaufe des Nervus ilio-hypogastricus und Nervus ilio-inguinalis, von G. H. GIFFEN. (*Brit. med. Journ.* 12. Jan. 1901.) Die 50jährige anämische Patientin klagte über groſse Schwäche und Schmerzen in der linken Seite. Vor vier Tagen hatte sich der Ausschlag zuerst am Rücken entwickelt und war dann allmählich genau dem Verlaufe der oben erwähnten Nerven folgend, nach unten und vorn weitergeschritten. Schon einige Tage vor Ausbruch des Herpes empfand die Patientin am Rücken eine schmerzhafte Spannung, so daſs ihr jede Hautberührung Beschwerden bereitete. Der Ausschlag war durch Gruppen von Bläschen charakterisiert.

C. Berliner-Aachen.

Der rezidivierende Herpes der Haut. Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 3.) Der rezidivierende Herpes der Haut ist eine ziemlich seltene Affektion; er kommt vor 1. an den Fingern, 2. im Gesicht, 3. am Gesäſs. Der rezidivierende Herpes der Finger ist auſserordentlich selten und noch nicht sehr eingehend beschrieben. Der rezidivierende Herpes des Gesichts hat seinen Sitz konstant an der mittleren oder unteren Partie einer Wange. Die Eruptionen, denen jedesmal ein Gefühl von Hitze oder Jucken an der betreffenden Stelle vorausgeht, folgen sich in ganz regellosen Zwischenräumen und beeinträchtigen das Allgemeinbefinden in keiner Weise. Die Krankheit beginnt zumeist im frühen Kindesalter, ein Aufhören der Affektion wurde noch nicht beobachtet. Der rezidivierende Herpes des Gesäſses befällt eine Hinterbacke, die rechte häufiger als die linke und greift nicht selten auch

auf die benachbarten Hautpartien über. Den Eruptionen gehen sehr oft Migräneanfälle oder Neuralgien voraus, die letzteren haben ihren Sitz entweder in dem Teile des Nervus ischiadicus, welcher der Stelle der Eruption entspricht, oder auch an entfernten Punkten, manchmal sogar an der anderen Körperseite. Die Affektion befällt Arthritiker im Alter von 20—30 Jahren, ein Erlöschen wurde auch bei dieser Form noch nicht konstatiert. Gleichzeitig mit den Eruptionen treten in manchen Fällen auch an anderen Stellen Bläschenausschläge auf. — Differentialdiagnostisch kommt in Betracht das durch Antipyrin hervorgerufene Erythem (? Ref.), der rezidivierende Menstruationsherpes und der rezidivierende Herpes genitalis, welch letzterer nicht von neuralgischen Störungen begleitet ist und bald rechts, bald links von der Mittellinie des Körpers sitzt. — Die Behandlung hat bis jetzt befriedigende Resultate nicht ergeben; zu versuchen wäre frühzeitige Verabreichung von Antipyrin.

Götz-München.

Ein Fall von Herpes zoster, zur Erklärung der Ursache dieser Affektion, von J. B. Yeoman-Neston. (*Brit. med. Journ.* 2. Nov. 1901.) Im Anschluſs an die Exstirpation eines linksseitigen Ovarientumors zeigte die Patientin, eine junge, unverheiratete Dame, eine gewisse Schwellung der unteren Extremität derselben Seite. Auch wurde über ein gewisses Unbehagen des betreffenden Teiles geklagt. Etwa fünf Monate nach der Operation trat eine Gruppe von Herpesbläschen auf der Gegend des dritten Sakralfortsatzes dicht an der Mittellinie sowie auf der Innenseite des Oberschenkels hervor. Desgleichen zeigte einige 24 Stunden später das linke Labium maius sowohl auf seiner Innen- wie Aufsenseite eine dichte Aussaat von Bläschen, welche namentlich auf der Innenseite sehr groſs, bis gut 1/4 Zoll im Durchmesser waren. Y. nimmt an, daſs der erste Lumbalnerv und letzte Dorsalnerv bei der Operation erheblich verletzt worden seien, und daſs dies die Ursache des Herpes war (was ja sehr gut möglich ist. Ref.). *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Herpes zoster bei Tuberkulösen, von Ernest Barié. (*Journ. d. pratic.* 1901. No. 51.) Bei Kranken mit Lungentuberkulose kommt, allerdings recht selten, typischer Herpes zoster vor; es wurden bis jetzt ca. 34 derartige Fälle veröffentlicht. Dieselben betrafen ausnahmslos Kranke, bei denen die Lungentuberkulose einen langsamen Verlauf nahm, bei Patienten mit Miliartuberkulose oder rapid verlaufender Phthise wurde Zoster bis jetzt nicht beobachtet. Meist handelte es sich um Kranke im vorgerückten Stadium der Lungenaffektion, in einzelnen Fällen allerdings ging die Zostereruption dem Auftreten der Lungenerscheinungen voraus. Der Zoster der Tuberkulösen ist nach Ansicht des Verfassers als Symptom einer trophischen Veränderung eines oder mehrerer peripherer Nerven aufzufassen; sein Auftreten beweist, daſs das Nervensystem des Kranken durch die tuberkulöse Infektion schwer affiziert ist. Bezüglich des Sitzes, der Symptome, des Verlaufes und der Behandlung unterscheidet sich der Zoster der Tuberkulösen im wesentlichen nicht von dem allgemeinen Typus der Gürtelrose. *Götz-München.*

Akute Exantheme.

Vorführung von Laterna magica-Bildern von Exanthemen, von Collier. (*Cleveland Journ. of Med.* März 1901.) Verfasser demonstrierte in der Cleveland Med. Soc. (Sitzung vom 4. Dez. 1900) eine Reihe von Bildern der akuten Exantheme, um den jungen Ärzten die Kenntnis derselben zu erleichtern. *F. Hahn-Braun.*

Über die sogenannte „vierte Krankheit“, von Weaver. (*The Dublin Journ.* 1. Juni 1901.) Die Affektion wurde so von Clement (in *Lancet*) benannt, weil sie sich den drei anderen akuten Exanthemen (Scharlach, Masern und Röteln) anschliefst und als selbständige Krankheit betrachtet wird. Sie hat grofse Ähnlichkeit mit dem in Deutschland als Röteln bekannten Exanthem und mit dem Scharlach. Von dem letzteren unterscheidet es sich dadurch, dafs der Rash zuerst im Gesichte beginnt, speziell in der Umgebung des Mundes, dafs die Temperatur nicht wesentlich steigt, der Puls nicht rascher wird, die Rachenerscheinungen nur schwach angedeutet sind oder gänzlich fehlen und dafs sich die Kinder kaum krank fühlen; aufserdem will Clement beobachtet haben, dafs sich bei seiner Krankheit die Zunge, im Gegensatze zum Scharlach, am vierten Tage nicht zu schälen beginnt. In Bezug auf das Exanthem gleicht also die „vierte Krankheit“ dem Scharlach und was die übrige Symptomatologie anbelangt, den Röteln. Verfasser beschreibt zunächst kurz 4 Fälle von Scharlach, welchen allen eine Eruption von „fourth disease“ und andererseits 3 Fälle dieser letzteren Affektion, denen Scharlach folgte. Er schliefst daraus, dafs die Krankheit kein Scharlach ist, will sie aber nicht ohne weiteres als selbständige Affektion hinstellen und überläfst es einem jeden, sie als „vierte Krankheit“ oder als eine scharlachähnliche Form der Masern zu betrachten. C. *Müller-Genf.*

Röteln, Scharlach und die „vierte Krankheit“, von P. W. Williams-Bristol. (*Brit. med. Journ.* 21. Dez. 1901.) Neben Scharlach, Masern und Röteln hat Dukes, wie man sich erinnern wird, noch eine vierte akute exanthematische Erkrankung beschrieben, welche er vorläufig als „die vierte Krankheit“ bezeichnet. Von Scharlach unterscheidet sich dieselbe hauptsächlich durch folgende Momente: die Inkubationsdauer ist eine lange (9—21 Tage), das prodromale Erbrechen fehlt gewöhnlich; die Pulsfrequenz ist wenig erhöht und erreicht selten 100 pro min.; die Zunge schält sich nicht wie bei Scharlach etwa am vierten Tage; es treten keine Nierenkomplikationen ein; die Infektiosität ist von kürzerer Dauer. Alle diese Punkte hat W. nun bei Fällen beobachtet, welche seiner Meinung nach einer unzweifelhaften Scharlachepidemie angehörten, und andererseits hat man ja stets zwei Formen von Röteln, die skarlatiniforme und die morbilliforme anerkannt. Nach den von W. mitgeteilten Krankengeschichten ist allerdings der Beweis für diese vierte Krankheit nicht erbracht.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Röteln, von J. D. Windle. (*Brit. med. Journ.* 14. Dez. 1901.) Bericht über einen achtjährigen Knaben, welcher, wie es scheint, typische skarlatiniforme Röteln durchmachte. Nichts neues. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Masern als zweite Attacke und deren Differentialdiagnose von Röteln, von C. Knox Bond-London. (*Brit. med. Journ.* 18. Jan. 1902.) Als Kreisarzt hat B. während der letzten sechs Jahre, wie er angiebt, wiederholt Gelegenheit gehabt Kinder zweimal an ausgesprochener Masernerkrankung zu behandeln. In differentialdiagnostischer Beziehung führt er neues nicht an. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Epidemiologie der Masern, von Hagen. (*Correspondensbl. f. Schweizer Ärzte.* No. 20, 1901.) Verfasser hat in Adelboden eine kleinere Masernepidemie beobachtet und zieht daraus folgende Schlufsfolgerungen: die Zeit nach erfolgter Ansteckung bis zum Ausbruch des Exanthems beträgt bei Masern 14 bis 17 Tage. Je länger die Inkubation dauert, desto leichter verläuft der Fall. Die Dauer und Intensität der Prodromalerscheinungen geht nicht immer parallel mit der Stärke der Infektion. Das Vorwiegen der Hals- und Magensymptome etc. ist nicht entscheidend

für den Charakter der Masernepidemie. Der Infektionsstoff der Masern besitzt im menschlichen Organismus eine begrenzte, in den einzelnen Epidemien wahrscheinlich konstante Virulenzdauer. Die Verbreitung der Krankheit kann im Prodromalstadium erfolgen, besonders wenn bei den Anzusteckenden durch zufällige Katarrhe eine Prädisposition besteht. Die nach einmaligem Überstehen der Masern erworbene Immunität ist zehn Jahre später zweifelhaft. Zwischen leichten Masern und Röteln giebt es unmerkliche Übergänge. Die Spezifität der Röteln ist fraglich.

C. Müller-Genf.

Über den Wert der frühzeitigen Prodromalerscheinungen der Masern, von Guinon. (*Gaz. hebdomad. de Méd. et de Chir.* 1901. No. 30.) Als derartige Zeichen wurden unter anderen beschrieben: die Gewichtsabnahme des Kindes in den ersten Tagen, die Zunahme der polynucleären Leukocyten, das Zeichen von Koplik (Auftreten weisser, von einem roten Rande umgebener, unregelmäfsiger Efflorescenzen auf der Schleimhaut der Wangen und der Lippen) etc. Verfasser prüft nun an der Hand von selbst beobachteten Fällen den Wert dieser Erscheinungen und hält dafür, dafs dieselben zwar nicht vollständig wertlos sind, dafs man ihnen aber auch nicht eine allzu grofse Bedeutung zuschreiben darf. *C. Müller-Genf.*

Die frühzeitige Diagnose der Masern, von Philipp Newcomp - St. Louis. (*St. Louis Courier.* Jan. 1902.) N. hebt einleitend die hohe Sterblichkeit hervor, welche die Masern verursachen, in den Vereinigten Staaten im Jahre 1900 nahezu 13000 Fälle betragen habe und doppelt so grofs wie jene des Scharlachs, mehr als $3^1/_2$ mal gröfser wie bei Blattern und $4^1/_2$ mal gröfser als bei Erysipel sei. Es sei also durchaus falsch, die Masern als die leichte Kinderkrankheit hinzustellen, wie es so gerne geschieht, und von grofser Wichtigkeit, eine frühzeitige Diagnose zu stellen, wodurch rechtzeitige Behandlung und Isolierung ermöglicht werde, was wiederum die Gefahr der Komplikationen (interkurrente Pneumonie) bedeutend reduziere. Solch ein diagnostisches Mittel sind für N. unzweifelhaft die bekannten Koplikschen Flecken und er kommt bezüglich des Wertes derselben zu folgenden Schlüssen. 1. Die Koplikschen Flecken können auf der Mundschleimhaut auftreten, bevor irgend eine Spur des Hautausschlages vorhanden ist (8—24 Stunden vorher). 2. Dieselben sind in allen Fällen von Masern vorhanden. 3. Bei keiner anderen Krankheit wie den Masern sind sie zu finden. 4. Das Auftreten und die Lokalisation der Flecken sind immer gleichartiger Natur. Zum Schlusse seiner Abhandlung bespricht N. noch die Isolierung, welche er in einer kleinen Familie für wenig zweckmäfsig hält, da bei der Dauer des Inkubationsstadiums doch wahrscheinlich schon weitere Ansteckung erfolgt ist, welche aber in Spitälern, Instituten oder gröfseren Familien von gröfster Wichtigkeit sei. *Stern-München.*

Die Frühdiagnose der Masern, von H. Gillet. (*Journ. d. pratic.* 1901. No. 40.) Kurze Zusammenstellung der von verschiedenen Autoren beschriebenen Erscheinungen, die eine Frühdiagnose der Masern noch während der Inkubation oder wenigstens während des Invasionsstadiums ermöglichen sollen. Ein Symptom, auf Grund dessen die Frühdiagnose mit Sicherheit und in jedem Falle gestellt werden könnte, ist bekanntlich nicht darunter. *Götz-München.*

Über eine besondere Form von Angina (Angina pultacea) als frühzeitiges Warnungszeichen der Masern, von Saint-Philippe. (*Gaz. hebdomad. de Med. et de Chir.* 1901. No. 30.) Verfasser schreibt diesem Symptome eine grofse diagnostische Bedeutung zu. Es besteht in dem Auftreten von kleinen isolierten, bläulichweifsen

Flecken, selten von eigentlichen Plaques, auf den Mandeln, mit Lymphdrüsenschwellung, Fieber, welche Erscheinungen aber nicht schwerer Art zu sein pflegen. In einzelnen Fällen wurde bakteriologisch der Diphteriebacillus nachgewiesen. *C. Müller-Genf.*

Angina bei Masern, von J. Haddon. (*Brit. med. Journ.* 8. Juni 1901.) Der Verfasser beschreibt einen Fall bei einem jungen Manne, der unter anginösen Beschwerden an Masern erkrankte und im Rachen weifsen Plaques zeigte.

C. Berliner-Aachen.

Die Influenza bei Masern, von Julius Süsswein. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1901. No. 42.) Durch die bakteriologische Untersuchung hat Verfasser festgestellt: 1. dafs die Influenza eine sehr häufige Nebenerkrankung der Masern ist; 2. dafs der Verlauf der Masern durch die Influenzakomplikation in einer grofsen Zahl von Fällen ungünstig beeinflufst wird; 3. dafs es Fälle von Maserninfluenza giebt, die sich klinisch von inkomplizierten Masern nicht unterscheiden lassen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Das Koplik'sche Frühsymptom der Masern, von Frey. (*Correspondenzbl. f. Schw. Ärzte.* 1901. No. 23.) Verfasser hält die kleinen, bläulichweifsen, auf der Wangenschleimhaut auftretenden Koplik'schen Flecken pathognomisch für Masern. Dieselben treten ausnahmslos oder fast ausnahmslos bei Masern auf und bilden das beste Kennzeichen, da sie bei keiner anderen Krankheit vorkommen. Sie erlauben die Diagnose der Masern mit Sicherheit und zwar meist schon 1 bis 3 Tage vor dem Exanthemausbruch. *C. Müller-Genf.*

Zur Tenacität des Maserngiftes, von O. Lehmann. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 5.) Verfasser schildert eine Masernepidemie in einem kleinen, abseits von der Verkehrsstrafse gelegenen Orte von nur 120 Einwohnern, in dem seit 20 Jahren keine Masern geherrscht hatten. Es wurden fast alle Ortseingesessenen von 20 Jahren abwärts befallen. Ein Jahr später kamen zwei Ortseingesessene, die auswärts gewesen waren, zurück und erkrankten beide prompt an Masern. Verfasser schliefst daraus, dafs das Maserngift hier 1 bezw. 20 Jahre geruht habe, bis es genügende Infektionskraft erlangt hatte oder bis es durch irgendwelche Umstände aus seiner Abgeschlossenheit und Ruhelage hervorgebracht wurde. *F. Hahn-Bremen.*

Der neue Typus des Scharlachfiebers vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege, von Wm. Robertson. (*Brit. med. Journ.* 6. April 1901.) Die Mafsregeln, welche man gegen die Ausbreitung des Scharlachfiebers ergriffen hat, zeigen ihre wohlthuende Wirkung darin, dafs die Mortalität erheblich abgenommen, aber auch der Charakter der Krankheit sich sehr gemildert hat. Ja, man kann sagen, dafs der Typus vielfach ein anderer geworden ist. Denn man hört immer und immer wieder von Epidemien, bei denen oft die Hauptmerkmale des Scharlachs fehlen oder so undeutlich hervortreten, dafs die Eltern es nicht für nötig halten, den Arzt zuzuziehen und eine strenge Isolierung des erkrankten Kindes durchzuführen. Gerade dieser Umstand mag nicht wenig zur Ausbreitung der Epidemien beitragen. Für dieselbe scheinen aber auch, wie der Verfasser nachweist, tellurische Einflüsse eine ätiologische Rolle zu spielen. Während grofse Städte in Schottland, wie Edinburgh, Dundee und Leith an der Ostküste eine wunderbare Immunität gegen Scharlach zeigen, werden Glasgow und Paisley im Westen mit ihren Südwestwinden fast beständig von Scharlachepidemien heimgesucht. Dafs schlechte sanitäre Zustände in diesen Städten auch einen Anteil daran haben, ist zweifellos. Verfasser plädiert für verschärfte ärztliche Kontrolle in den Schulen und in den Privathäusern.

C. Berliner-Aachen.

Die Übertragbarkeit der Scarlatina durch Ausfluſs aus dem Ohr, von J. K. Love-Glasgow. (*Glasg. med. Journ.* Dezbr. 1901.) Ein Knabe wurde nach überstandenem Scharlach mit eitrigem Ohrenfluſs, aber sonst völlig wohl, 6 Wochen nach Beginn der Krankheit nach Hause entlassen. Volle 4 Wochen später muſste eine Operation wegen Mastoiditis vorgenommen werden, und um dieselbe Zeit kam der jüngere Bruder des Patienten aus einem entfernteren Ort, wo er so lange untergebracht gewesen war, mit ihm zusammen. Alsbald erkrankte derselbe an Scharlach, wofür L. keine andere Erklärung angeben kann als die offenbar im eitrigen Ohrensekret enthaltenen Infektionskeime. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Bakteriologie der Scarlatina, von M. H. Gordon. (*Brit. med. Journ.* 25. Mai 1901.) Auf Grund seiner Untersuchungen glaubt Verfasser, daſs der spezifische, pathogene Mikroorganismus der Scarlatina ein von anderen Streptokokken wohlunterschiedener Streptococcus, dessen Haupteigentümlichkeiten die konglomerative Tendenz in Kulturen und das häufige Auftreten in bacillären Formen sind. In Milchkulturen ruft der „Streptococcus conglomeratus" Klumpen hervor und wirkt auf Mäuse weniger virulent als der Streptococcus pyogenes. Er kommt konstant im Rachen, bisweilen auch im Nasenschleim der Scharlachkranken vor. *C. Berliner-Aachen.*

Scarlatina pemphigoides, von M. Benson. (*Brit. med. Journ.* 16. Febr. 1901.) Ein 4jähriges Mädchen erkrankte an Scharlachfieber. Am Ende der zweiten Woche begann die Desquamation. Einige Tage später klagte die Patientin über Brennen und Jucken an beiden Händen und Füſsen. Bald darauf zeigte sich an den Handtellern, Ober- und Unterschenkeln ein Ausschlag, der zuerst vesikulös, dann bullös wurde, jedoch das Allgemeinbefinden des Kindes nicht wesentlich beeinträchtigte. Die Patientin bekam Kaliumcitrat innerlich; äuſserlich wurde eine einfache Salbe auf die befallenen Stellen appliziert und ein Watteverband angelegt. Die Blasen schrumpften und waren in 12 Tagen gänzlich verschwunden. Eine Ursache für den Blasenausschlag vermag Verfasser nicht anzugeben. *C. Berliner-Aachen.*

Scarlatina, Nephritis scarlatinosa bei einem 7 Wochen alten Kinde, von Kroner. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 51.) Das Kind wurde durch Vermittelung seines Vaters infiziert, der in einer Familie, deren Kind an Scharlach erkrankt war, einen Besuch gemacht hatte. Das Scharlachfieber verlief leicht, die Nephritis sehr schwer, mit starken Ödemen und reichlichem Eiweiſsgehalt des Urins. Nach anfänglicher Besserung trat wieder eine Verschlimmerung der Erscheinungen auf, die Kräfte nahmen ab und das Kind erlag einem hinzugetretenen Erysipel. Dieser Fall beweist, daſs Säuglinge keineswegs gegen Scharlach immun sind. *F. Hahn-Bremen.*

Über Scharlach-Nierenentzündung, von A. Baginsky. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1901. No. 43.) Die Nephritis post scarlatinam setzt ein zwischen dem 6. und 30. Tage. Die Schwere der Scharlacherkrankung steht zur Nephritis in keinem bestimmten Verhältnis. Die Zeit des Einsetzens der Nephritis ist von keiner prognostischen Bedeutung. Das Fieber verhält sich verschieden, meistens markiert Fieber das Einsetzen der Nephritis und Exacerbationen. Der Puls ist wechselnd. Die Harnmenge ist meistens verringert, kann aber auch normal oder gesteigert sein. Der Albumengehalt ist bei den schwereren Fällen gewöhnlich höher; schmutzig-kaffeebrauner Harn ist für die Prognose ungünstig. Jede neue Hämaturie ist ein Symptom der Exacerbation. Starker Hydrops macht die Prognose schlecht. Urämie mit Anurie kann plötzlich bei den leichtesten Scharlachfällen einsetzen. Ihre Prognose ist nicht so schlimm wie man annimmt. Tödlich endeten von 84 Nephritisfällen sechs. Eine

chronische Albuminurie blieb bei 18 Fällen zurück, davon führten fünf sicher zu chronischen Nephritis. Die Therapie kann verhüten den Hydrops, die Urämie und das Chronischwerden der Nephritis. Vierzehn Tage nur Milch, dann 14 Tage vegetabilische Kost; volle vier Wochen Bettruhe. Medikamentös nur Acid. tannicum, alkalische Wässer. Bei Urämie mit gespanntem Puls Blutegel oder Venäsektion, sonst nur Schwitzbäder, Chloral und Chloroform. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Brand an Armen und Beinen nach Scharlach und anderen Infektionskrankheiten, von Eichhorst. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 70, Heft 5 u. 6.) Verfasser beobachtete ein vierjähriges Kind, bei dem sich im Verlauf eines schweren Scharlachfiebers plötzlich eine Verstopfung der Arteria poplitea einstellte, die zu Gangrän des Unterschenkels führte; nach Amputation erfolgte Heilung. Aus der mikroskopischen Untersuchung der verstopften Arteria poplitea ergab sich, dafs es sich um eine endarteriitische Veränderung handelte, die zur Thrombose Veranlassung gab. Ferner schildert E. die Krankengeschichte einer 64jährigen Patientin, die an Influenza erkrankte und infolge hinzugetretener Thrombose der Axillararterie starb, auch hier erwies sich das Herz als vollkommen gesund, so dafs man auch hier eine autochthone Arterienthrombose annehmen mufs. Den Schlufs der Arbeit bildet eine sorgfältige Statistik aller bei Infektionskrankheiten der verschiedensten Art beobachteten und beschriebenen Arterienthrombosen. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von Gangrän nach Scharlach, von R. Seubert-Mannheim. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 2.) Der Verfasser konstatierte bei einem 7jährigen Mädchen, das eben einen ziemlich leichten Scharlach durchgemacht hatte, einige Tage nach Beendigung der Abschuppung am linken Beine die Symptome einer beginnenden Gangrän. Nach Verlauf von zwei Wochen war fast die ganze Haut des Beines in schwarzen Fetzen abgelöst, unter denselben fand sich ein schmierig-eitriger, übelriechender Belag, die Zehen waren tief schwarz verfärbt und zum Teile mumifiziert. Es wurde nun der Oberschenkel hoch oben amputiert, nach Abstofsung einiger gangränöser Hautpartien erfolgte daraufhin Heilung. Vier Tage nach der Operation trat starkes Ödem am rechten Beine auf, dasselbe ging auf Hochlagerung und feuchte Verbände bald wieder zurück. Die Untersuchung des amputierten Beines ergab eine gelbliche Verfärbung der Muskulatur, das Muskelfleisch war gequollen, voll trüber Flüssigkeit und von weich-sulziger Konsistenz. Sämtliche gröfseren Gefäfsstämme, Arterien wie Venen waren durch eitrige Pfröpfe verschlossen, ihre Wandungen etwas verdickt. In den den Arterien entnommenen Blutproben fanden sich Streptokokken, den gleichen Befund ergaben die angelegten Kulturen. *Götz-München.*

Ein Fall von trockener Gangrän bei Scarlatina, von J. J. Buchan-Motherwell. (*Lancet.* 5. Okt. 1901.) Bei einem an einer sehr schweren Form von Scharlach leidenden 13jährigen Knaben entwickelte sich zwischen dem 6. und 13. Krankheitstage eine vollständige Mumifikation des rechten Beins vom Knie abwärts. Genesung nach Amputation. Als Ursache der Komplikation wird Hämorrhagie an den betreffenden Teilen und Herzschwäche durch Myocarditis angenommen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Therapie des Scharlachs, von Siecke-Oranienburg. (*Dtsch. Med. Ztg.* 1902. No. 10.) Verfasser betrachtet das Natrium sozojodolicum als Spezifikum gegen Scharlach, und hält er die Prognose dieser Krankheit bei Anwendung von Sozojodol für durchaus günstig. In den Rachen soll Sozojodolpulver gespritzt werden, kleine Kinder sollen 3—5%ige Lösungen halbstündlich Kinderlöffelweise schlucken, bei

gangränöser Angina soll es mit Itrol 0,5 : 10 vermischt gespritzt werden, die Nase soll damit ausgespritzt werden, bei beginnender Otitis media soll der Gehörgang mit 3 %iger spirituöser Lösung angefüllt und dann mit Watte tamponiert werden. Der Scharlachrheumatismus weicht dem salicylsauren Natron vermischt mit 10% Sozojodol-Natrium, auch die Nierenaffektionen verschwinden: doch ist auf die allgemeine Therapie daneben auch Wert zu legen, sie besteht in Bettruhe, Milchdiät, Reinhaltung der Mundhöhle, Reinigung des Darmes. Verfasser scheint für das Sozojodol sehr eingenommen zu sein. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die Isolierung der Scharlachkrankheiten in Hospitälern. (*Brit. med. Journ.* 23. Febr. 1901.) Eine derartige Isolierung hat nur dann Zweck, wenn sie in jedem einzelnen Falle streng durchgeführt, mit einer gründlichen Desinfektion im Hause des Patienten verbunden wird, wenn die Kinder, welche in Berührung mit demselben gekommen sind, für eine bestimmte Zeit streng vom Schulbesuch und vom sonstigen Verkehr mit anderen Kindern ferngehalten werden. Aber auch unter solchen Maßregeln wird eine Verbreitung einer Scharlachepidemie nicht aufgehalten werden können, wenn sie ihre Ursache in infizierter Milch hat. — Der Nutzen der Isolierung in Hospitälern wird sehr in Frage gestellt, wenn man schwere, septische Fälle von Scharlach mit leichten, nicht septischen, komplizierte mit nicht komplizierten Fällen in einem Raume zusammen bringt.

Vor der Aufnahme sollte man sich genau der Diagnose vergewissern und streng zwischen leichten und schweren Fällen unterscheiden. *C. Berliner-Aachen.*

Zwei Fälle von Varicellen, von V. Matthews. (*Brit. med. Journ.* 2. Febr. 1901.) Die beiden Fälle betrafen zwei Brüder im Alter von 13½ und 12½ Jahren. Ohne daß sie irgend welche Prodromalerscheinungen gezeigt, wurden sie an einem und demselben Tage von Unwohlsein, Fieber und einem charakteristischen Varicellenexanthem befallen, das unter stetigem Emporschießen neuer Efflorescensen einige Tage bestand, dann zurückging. Bis zum völligen Verschwinden dauerte es drei Wochen. *C. Berliner-Aachen.*

Eine geschichtliche Notiz betreffs Variola, von J. Tyson-Philadelphia. (*Philad. med. Journ.* 23. Nov. 1901.) Es scheint, daß Variola bei den Chinesen bekannt war viele Jahrhunderte schon vor der christlichen Zeitrechnung, und vielleicht ist die Galensche „große Pest" identisch damit. Im Jahre 1796 schrieb Jurcken, daß jährlich in Europa 400000 Personen daran starben, und ein königliches Edikt besagte 1803, daß in Preußen allein die Todesfälle an Pocken jährlich 40000 betrugen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Prophylaxe der Variola in Städten, von R. A. Cleemann-Philadelphia. (*Philad. med. Journ.* 23. Nov. 1901.) Da in den Vereinigten Staaten ein Impfzwang nach deutschem Muster aus politischen Gründen nicht möglich ist, schlägt C. vor, Ärzte anzustellen, welche die Nichtgeimpften in ihren Wohnungen aufsuchen und sie zur Vornahme der Schutzmaßregel, die gratis gegeben werden soll, zu überreden suchen müssen. Im übrigen giebt Verfasser Vorschriften für die Desinfektion und die Verhütung einer weiteren Verschleppung der Seuche ohne Neues beizubringen.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Variola in Schottland. (*Brit. med. Journ.* 16. Febr. 1901.) Am 8. Februar betrug die Zahl der im Fieberhospital zu Glasgow befindlichen Pockenkranke 456. In der laufenden Woche waren 124 neue Fälle hinzugekommen, 51 als gesund ent-

lassen worden, 12 mit dem Tode abgegangen. Seitdem ist eine stetige Abnahme zu verzeichnen, wahrscheinlich durch die etwas energischer durchgeführte Vaccination und Revaccination unter der ärmeren, städtischen Bevölkerung.

C. Berliner-Aachen.

Variola in Schottland. (*Brit. med. Journ.* 23. Febr. 1901.) Die unheimliche Gefahr, welche dem Lande von den sich stetig ausbreitenden Pocken droht, hat die Sanitätsbehörde, und wie es scheint, auch die Bevölkerung aufgerüttelt. Nach zwei Richtungen hin zeigt sich die Thätigkeit der Behörden, einmal in der unentgeltlichen Vaccination und Revaccination der Einwohner, namentlich der ärmeren Klasse und in der erleichterten Unterbringung den Pockenkranken in Hospitälern. Leider werden von den aufserordentlich indolenten ärmeren Leuten die löblichen Absichten der Behörden nicht unterstützt, so dafs nur die gesetzliche Impfung und Wiederimpfung nachhaltigen Erfolg haben wird. *C. Berliner-Aachen.*

Über die Pocken in Schottland. (*Brit. med. Journ.* 23. Febr. 1901.) Der nicht genannte Verfasser erinnert an die letzten grofsen Pockenepidemien, welche Schottland in Zwischenräumen von circa 30 Jahren heimgesucht haben. Bei dem gesteigerten Verkehr und der grofsen Indolenz der Bevölkerung gegen die Vaccination sei zu befürchten, dafs auch die gegenwärtige Epidemie ganz Schottland verheerend durchziehen werde. Man habe aus der Epidemie von 1870—1878 so viel wie gar nichts gelernt und die starke Waffe, die uns Jenner vor 100 Jahren gegen die Pocken in die Hand gedrückt, verrosten lassen.

Der Verfasser zeigt, wie die Isolierung der Pockenkranken in Hospitälern nutzlos sein müsse, wenn nicht die gesetzliche Vaccination und Revaccination energisch durchgeführt werde. *C. Berliner-Aachen.*

Variola in Nottigham, von Ph. Boobbyer. (*Brit. med. Journ.* 27. April 1901.) Neuerdings sind die Pocken in Nottingham aufgetreten. Von 5 Fällen waren 4 nicht geimpft oder nur in der Kindheit geimpft worden. Die Patienten standen im Alter von 22—33 Jahren. Im ganzen war der Charakter der Erkrankung ein milder.

C. Berliner-Aachen.

Variola in Glasgow. (*Brit. med. Journ.* 26. Jan. 1901.) Am 11. Januar 1901 gab es in der Stadt 66 Variolafälle. Während der folgenden Woche kamen 78 neue dazu. Am 18. Januar befanden sich im städtischen Fieberhospital 121 Fälle, von denen 21 als geheilt entlassen wurden, 2 starben. Am 22. Januar betrug die Zahl der im Hospital befindlichen Pockenkranken wieder 200. Im ganzen ist der Charakter der Krankheit ein milder. Gerade dieser Umstand aber hat viel zu dem rapiden Umsichgreifen der Blattern in Glasgow beigetragen, weil viele Fälle erst spät als solche erkannt und isoliert wurden. Die Bevölkerung steht leider der Vaccination wie der Revaccination feindlich gegenüber. *C. Berliner-Aachen.*

Die Variolaepidemie in Glasgow. (*Brit. med. Journ.* 2. März 1901.) Die Vaccination und Revaccination hat bereits ihre Wirkung gethan, da die Zahl der neuen Fälle von 350 auf 202 innerhalb zwei Wochen gesunken, und ein weiterer Abfall in der laufenden Woche zu verzeichnen ist. *C. Berliner-Aachen.*

Die Pocken und die Stadt Edinburgh, von H. D. Littlejohn. (*Brit. med. Journ.* 29. Juni 1901.) Seitdem in Glasgow und anderen Städten Schottlands die Pocken aufgetreten sind, wurden in Edinburgh besondere Vorsichtsmafsregeln ergriffen, mit dem Resultate, dafs im ganzen nur 10 Personen an Variola erkrankten,

von den 8 erst kürzlich vom Auslande angekommen, 5, wie es scheint, in Glasgow, 2 in Fifeshire angesteckt worden waren. Verfasser erinnert an die Epidemie von 1862, wo die Impfung noch nicht obligatorisch war. Damals waren in Edinburgh 600 Pockenkranke mit 102 Todesfällen. Die Wohlthaten der Impfung könnten jedoch nur dann vollkommen sein, wenn neben der Vaccination auch die Revaccination obligatorisch würde. *C. Berliner-Aachen.*

Die Pockenepidemie in London, vom Redakteur. (*Brit. med. Journ.* 7. Dez. 1901.) In den städtischen Hospitälern waren bis zum 2. Dezember bereits 459 Pockenkranke in Behandlung. Die dabei gemachten Erfahrungen sind ein weiterer Beweis von dem unberechenbaren Werte der Impfung nebst Wiederimpfung in angemessenem Zwischenraum. Man kann im Interesse der Menschheit nur wünschen, dafs die englische Gesetzgebung möglichst bald den eingenommenen Standpunkt des Kein-Zwang-Systems in der Impffrage aufgeben möge, und dafs in Deutschland der trotz aller Aufklärung unentbehrliche Impfzwang zum Segen des Ganzen in ungeschwächter Wirksamkeit uns erhalten bleibe. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Eine Blatternepidemie am Michiganasyl für Geisteskranke, Kalamazoo, von Arthur Mac Gugan-Denver. (*Med. News.* 14. Dez. 1901.) Diese Epidemie, welche 50 Personen ergriff und im Juni 1901 plötzlich ausbrach, ohne dafs anfangs die Art der Einschleppung festzustellen war, wird hier vom Verfasser in ihrem ganzen Verlaufe, der ein gutartiger war, und in ihren Eigentümlichkeiten geschildert. Bei zweien der Fälle trat die Seltenheit von Rezidive kurz nach dem ersten Anfalle auf, in einem weiteren Falle handelte es sich um typische, zum zweiten Male auftretende, Variola 8 Jahre nach der ersten Erkrankung. Eine fernere Eigentümlichkeit waren 2 Fälle von Blattern ohne Hautausschlag. Was die Besonderheiten dieser Epidemie im Ganzen betrifft, so war Schüttelfrost, das bekannte Initialsymptom, nur in 13 von den 50 Fällen vorhanden, der Hautausschlag erschien in 30 Fällen bereits vor dem Ende des zweiten Tages (gewöhnlich am dritten Tage), die Desquamation erfolgte sehr rasch und in keinem Falle blieb eine Narbe zurück. Von den 50 Fällen waren 17 geimpft, aber keiner derselben erst vor Kurzem. Es traten keine besonderen Folgen oder Komplikationen auf. Die Behandlung ward mit einigen geteilten (?) Kalomelpulvern, gefolgt von salinischen Mitteln, begonnen; ein medikamentöses Antifebrile wurde nicht gegeben, sondern nur kaltes Wasser in Form von Bädern, Packungen, Hals- und Kopfkompressen u. s. w. Während der Eruptionsperiode wurden die Patienten häufig mit Sublimatlösung (1 : 2000) gewaschen. Dank der Schutzimpfung, welche an ca. 1700 Insassen vorgenommen wurde, blieb die Epidemie auf die Anstalt beschränkt, in der Stadt (Kalamazoo) kam kein, aufserhalb derselben kamen nur 2 Blatternfälle vor. *Stern-München.*

Eine Studie über die Initialsymptome in 100 neuen Pockenfällen, von William M. Welch und Jay F. Schamberg-Philadelphia. (*Phil. med. Journ.* 1901. Bd. 8. No. 25.) Der Aufsatz enthält nichts, was nicht in jedem mäfsig ausführlichen Lehrbuch der inneren Krankheiten zu finden wäre. *M. Levor-Hamburg.*

Verschiedenes.

Über die Thätigkeit an der dermatologischen Klinik zu Budapest im Jahre 1898. Dermato-therapeutische Notizen, von Josef Sellei. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1901. No. 48.) Aus dem Berichte seien folgende therapeutische Bemerkungen hervorgehoben: Naftalan bewährte sich besonders bei seborrhoischen Ekzemen. Ol. Lithantracis resp. Lianthral ersetzte die anderen Teeröle. Die nummulären mykotischen Ekzeme wurden mit Erfolg mittels Bepinselung mit Jodtinktur, jeden andern Tag, und Auflegen von Lassarscher Paste oder 2—3%iger Pyrogallolsalbe behandelt. Bei Neurodermie nützte oft Bepinselung mit 10—20%igem Arg. nitricum und sofortiges Verreiben mit einem Zinkstab, wenn auch das sich bildende Zinknitrat im Beginn etwas reizte. Gegen Erythema nodosum wurde intern gegeben:

Ergotin. 1,0
Ichthyol. 2,0
Natr. salicyl. 3,0
f. pilul No. 50.
Ds. Täglich 4—6 Pillen.

Asa foetida ist bei Urticaria von Nutzen, ebenso beim Pruritus:

Asa foetid. 5,0
Atropin. sulf. 0,01
Succ. Liq. q. s. ut f. pilul. No. 50.
Ds. Täglich 3—4 Pillen.

Gute Erfolge erzielt bei Akne folgende Mischung:

Lac. sulf. 10,0
Ichthyol. 2,0
Acid. acet. dilut. 1,0
Sputus
Glycerin. ā 5,0.

Zur Keloidbehandlung wird Elektrolyse, bei Ulcus cruris 1—5%ige Salbe von Ferr. sesquichloratum, gegen Chloasma Pinselungen mit Acid. carbol., Aq. dest. ā empfohlen. Hydr. peroxydatum beeinflufste sehr günstig die Leukoplakie. Zur Behandlung des Ulcus molle wurde das früher schon viel dabei verwendete Cupr. sulf. (1:200) gebraucht. Die Bubonen heilen gut, wenn man nur kleine Einstiche macht. — Bemerkenswert ist, dafs zu den Spätformen der Syphilis die Frauen das gröfste Kontingent stellen, wahrscheinlich weil sie in Frühstadien meist ungenügend behandelt sind. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Das Nottebohmsche Hospital für Hautkranke, von P. François-Antwerpen. (Antwerpen 1902.) Dieses Krankenhaus ist eine im Herbst vorigen Jahres eröffnete Stiftung der Frau N. zum Zwecke einer möglichst gründlichen und billigen Behandlung, namentlich von Lupuskranken, aber auch von anderen dermatologischen Patienten. Ihrer Bestimmung gemäfs enthält die Anstalt 36 Betten für Erwachsene zum Preise von 1 Fr. pro Tag, 8 Betten für Kinder (50 Centimes) und aufserdem 6 Betten für besser situierte Patienten zu 3 und 5 Fr. Wie aus der reichlich mit Lichtbildern illustrierten Broschüre hervorgeht, ist die ganze Einrichtung der weitgehendsten hygienischen Forderung entsprechend ausgeführt, und alle modernen Hülfsmittel der modernen Dermatotherapie, inklusive der Lichtbehandlung u. dergl., stehen dort zur Verfügung. Man kann der Stadt Antwerpen zu dieser Akquisition bestens gratulieren. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Dr. Unnas Dermatologische Preisaufgabe für 1901 lautete:

Es soll untersucht werden:

„Die feinere Architektur der primären Hautcarcinome und insbesondere die bei ihnen obwaltenden verschiedenen Beziehungen zwischen Epithelwucherung und Bindegewebswiderstand."

Die von den Herren

Dr. Cornelius Beck,

ordinierender Arzt für Hautkrankheiten am Adele Brody-Kinderhospital zu Budapest.

und Dr. Edmund Krompecher,

Adjunct am anatomisch-pathologischen Institut der k. ung. Universität zu Budapest.

eingereichte Arbeit wurde als des Preises würdig befunden.

Dr. Unnas Dermatologische Preisaufgabe für 1902.

Es soll eine genaue kulturelle und mikroskopische Beschreibung des als Diclimactericus albus flavens (Typus Traubel) bekannten, bei feuchten Ekzemen häufig vorkommenden Coccus geliefert werden mit besonderer Berücksichtigung seiner kulturellen und mikroskopischen Merkmale gegenüber denjenigen der eitererregenden und zur Sepsis führenden Staphylokokken.

Die Bewerbung ist unbeschränkt. Der Preis beträgt ℳ 300.—. Die Arbeit ist bis Anfang Dezember 1902 bei der Verlagsbuchhandlung Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 34, einzureichen. Sie ist mit einem Kennwort (Motto) zu versehen; das gleiche Kennwort ist auf der Hülle eines beizulegenden Briefes, welcher Namen und Adresse des Verfassers enthält, anzubringen.

Die Herren Reg.- und Med.-Rat Dr. Abel-Berlin, Professor Dr. C. Fraenkel-Halle, Professor Dr. Migula-Karlsruhe haben es gütigst übernommen, die einlaufenden Arbeiten zu prüfen.

Erläuterung zu der Preisaufgabe:

Es wird zunächst Gewicht auf eine genaue Nachuntersuchung der bisherigen Angaben über die Morphologie und das kulturelle Verhalten des Diclimactericus albus flavens gelegt (s. Unna, Versuch einer botanischen Klassifikation der beim Ekzem gefundenen Kokkenarten nebst Bemerkungen über ein natürliches System der Kokken überhaupt. Allgem. Teil. Von P. G. Unna. *Monatsh. f. prakt. Derm.*, Bd. 31, S. 1; derselbe, Spez. Teil. Von L. Moberg und P. G. Unna, ebenda S. 65), sowie auf eine scharfe Differentialdiagnostik zwischen diesem Coccus und dem aus den inneren Organen an Sepsis Verstorbenen gezüchteten, echten Staphylococcus pyogenes aureus et albus. In zweiter Linie ist zu wünschen, daſs die schon vorhandenen mikroskopischen und kulturellen Kriterien möglichst um neue und gute vermehrt werden.

Um die Aufgabe nicht zu sehr zu erweitern, ist von einer Ausdehnung der Untersuchung auf das experimentell pathologische Gebiet abgesehen; doch steht eine solche Ausdehnung dem Bewerber frei und es würden positive und neue Ergebnisse in dieser Richtung den Wert der Arbeit erhöhen.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXXIV. No. 10. 15. Mai 1902.

Über einige Formen der Prurigo diathésique de BESNIER und über ihre Behandlung.

Von

Dr. MENAHEM HODARA-Konstantinopel.

In vorliegender Abhandlung ist von verschiedenen klinischen Formen rezidivierender pruriginöser Hautausschläge die Rede, die im wesentlichen ekzematiform und mit dem Typus, den BESNIER „Prurigo diathésique" nennt, identisch sind. Sie haben auch mit gewissen klinischen Formen, die von BROCQ in die Klasse der neuro-arthritischen Ekzeme eingeordnet wurden, entschiedene Ähnlichkeit. Übrigens giebt BROCQ selber zu, dafs zwischen seinen Formen (Mischformen, die mit dem Ekzema neuro-arthriticum kompliziert sind) und der Prurigo diathésique die engsten Beziehungen bestehen.

In seiner Arbeit über die Prurigofrage[1] äufsert sich BESNIER über seine Prurigo diathésique folgendermafsen: „Bei der ersten Form meiner Prurigo diathésique ist das wichtigste und zeitlich erste Symptom der Pruritus, ein heftiger, an Stärke wechselnder Pruritus, mit regelmäfsigen nächtlichen Paroxysmen und Verschlimmerungen entsprechend den Jahreszeiten. Gewöhnlich beginnt die Krankheit in der frühesten Jugend oder im Jünglingsalter; sie kann aber auch in späteren Jahren auftreten und pflegt dann anfangs meistens ganz harmlos und milde zu sein. Ihr charakteristisches Merkmal ist dieses, dafs keine der in ihrem Gefolge auftretenden Hautveränderungen etwas Spezifisches hat. Im ersten Kindesalter ruft sie irgend ein Erythema infantile, eine Urticaria oder einen Pseudo-Lichen oder eine von den mannigfaltigen Ekzematisationen oder Lichenisationen der Haut hervor, die vom Volk schlechtweg als Skropheln (Gourmes) bezeichnet werden.

Später, wenn die Krankheit konstitutionell geworden ist, treten diese Formen auch zuweilen noch auf; meistens handelt es sich dann aber um

[1] Nach einem Vortrag auf dem dritten internationalen Kongrefs für Dermatologie in London 1899.

eine papulöse Lichenisation, die sich bald in Plaques, bald in Flächen ausbreitet, oder bei mehr paroxymatisch einsetzenden Anfällen, um eine Follikulitis und eine Ekzematisation in Form eines Ekzema figuratum, E. folliculare, E. diffusum, E. impetiginosum u. s. w. Falls die Krankheit in den ersten Lebensjahren beginnt, so kann man sie von einer Prurigo Hebra nicht unterscheiden; wie diese, so kann auch jene abortiv verlaufen, nach mehrjährigem Bestande dauernd oder für eine Zeitlang aufhören, ohne dafs es dabei zu einer Erkrankung innerer Organe zn kommen braucht. Letzteres ist jedoch nicht selten der Fall. Denn vielfach entwickeln sich, wenn die Hautkrankheit vorübergehend oder dauernd zurücktritt, schwere Allgemeinzustände, wie Emphysem, Asthma bronchiale, Heufieber, die verschiedensten Formen der Neurasthenie.

Wenn man nicht nur als Dermatologe, sondern auch als Kliniker die nämlichen Patienten durch eine Reihe von Jahren beobachtet, oder wenn man bei einem Kranken, den man erst in Behandlung bekommt, eine gründliche Anamnese aufnimmt, so wird man diese Beziehung zwischen den beiden Krankheitsreihen, zwischen der Prurigo einerseits und den Systemerkrankungen andererseits, fast allemal bestätigt finden, man wird diese Beziehung bei dem nämlichen Individuum schon in frühester Kindheit nachweisen können und man wird sie oft sogar auf Geschwister derart verteilt finden, dafs bei dem einen die Prurigo, bei dem anderen Asthma oder Emphysem vorherrschen, während bei einem dritten gar beide Zustände miteinander abwechseln. — Auch die Frage nach der erblichen Belastung verlohnt sich der Mühe. Gewöhnlich findet man bei den Eltern entweder jene Anlage, die die Franzosen „Arthritisme nerveux“ nennen, oder Gicht, Emphysem, Neurasthenie oder irgend eine Prurigoform, die dann auf die Nachkommenschaft als Anlage übergeht; denn die grofspapelige Prurigo des Vaters braucht nicht als solche bei dem Kind wiederzukehren, an ihre Stelle tritt bei diesem eine andere Prurigoform oder auch eine der erwähnten inneren Erkrankungen.

In diesem ganzen Verhalten dürfte man einen weiteren, nicht zu unterschätzenden Beweis für die nosologische Einheit sämtlicher Prurigoformen erblicken; wir sind eben nicht berechtigt, sie in lauter selbständige Individualitäten aufzulösen und jede von ihnen mit trennenden Bezeichnungen zu belegen.

Diese Prurigoform — einschliefslich der Prurigo Hebra — als diathesische aufzufassen, dazu berechtigt und zwingt uns der Umstand, dafs sie immer nur bei veranlagten Individuen auftreten, d. h. bei solchen mit einem abnormen Stoffwechsel; dieser bildet bei ihnen die letzte Ursache ihrer Erkrankung, mag die Krankheit selber dann auch in Bezug auf ihren anatomischen Sitz, ihre Symptome und ihren Verlauf noch so indi-

viduell ausgeprägt sein. Man sieht, ich teile hier ganz den Standpunkt von Bouchard.

Prurigo diathésique soll also besagen: Prurigo aus innerer Ursache, oder besser noch: Prurigo, abhängig von eigenartigen Lebensbedingungen der Gewebe und Organe, denen wiederum ein krankhaft veränderter Stoffwechsel zu Grunde liegt.

Diese Zustände mögen bei den verschiedenen Individuen von ungleicher Stärke sein, so dafs nicht alle Fälle denselben Krankheitsgrad erreichen, einzelne sogar von selber oder bei rechtzeitigem therapeutischen Eingriff bald wieder ausheilen. Hat die Krankheit aber erst gewisse Grade überschritten und sich sozusagen festgesetzt, dann wird sie, selbst wenn sie einer äufseren Ursache, etwa der Scabies, ihr Entstehen verdankt, zu einem gesicherten pathologischen Besitz, zu einer Pruritusdiathese des Individuums, die für lange Zeit oder für immer bestehen bleiben kann; ein Nachlafs der Erscheinungen, ja eine gänzliche Heilung ist freilich auch jetzt noch möglich. Solche Patienten nun, bei denen der Pruritus noch lange Zeit bestehen bleibt, nachdem die Ursache schon längst aufgehört hat zu wirken, sind eben Veranlagte. Ebenso wie ein Veranlagter Jahrelang eine Neigung zur Urticaria bewahrt, nachdem er sich erst einmal durch übermäfsigen Genufs von Muscheln oder Erdbeeren eine gewöhnliche Urticaria zugezogen hat, ebenso kann er auch im Anschlufs an die Krätze eine chronische Prurigo nachbehalten.

Diejenigen Dermatosen, die meine erste Abteilung von Prurigo diathésique bilden, sind nicht die einzigen, die man als pruriginös, chronisch, exacerbierend und paroxysmatisch bezeichnen kann, aber sie sind die einzigen, bei denen die Hautveränderungen während ihres ganzen, langdauernden Verlaufs nicht nur vielförmig, sondern auch vollkommen banal bleiben. Durch diese Banalität unterscheiden sie sich grundsätzlich von allen pruriginösen Hautkrankheiten mit speziellen Elementen, wie etwa dem Wilsonschen Lichen oder der Duhringschen Dermatitis herpetiformis. Wohl hat diese letztere Form mit der Prurigo diathésique vielfache Berührungspunkte, doch zeigt jede der beiden Krankheiten eine so individuelle klinische Symptomatologie, dafs eine Verwechselung beider nicht so leicht vorkommen kann. In ihrer vollen Entwickelung zeigt die erste Reihe der Prurigos diathésiques als wesentlichstes Symptom den Status dermatographicus, was ich kurzweg alz Ekzematisation und Lichenisation bezeichne." So lautet die Schilderung Besniers.

Ich lasse jetzt im Auszuge einige Sätze Brocqs über das Ekzema neuro-arthriticum folgen; sie sie sind seiner Arbeit „Über die Ekzemfrage" entnommen.

Nach Brocq können die verschiedenen Formen des Ekzema neuro-arthriticum ganz die Symptome der Prurigo diathésique annehmen und

sich ganz eng an diese anschliefsen. Brocq unterscheidet folgende vier Varietäten von Prurigo diathésique: 1. Eine Prurigo diathésique von ekzemato-lichenoider Natur oder Neurodermatitis multiformis à forme objective eczémato-lichénienne. 2. Eine Prurigo diathésique unter der Form eines Lichen simplex chronicus, oder Neurodermitis chronica circumscripta, oder Pruritus circumscriptus mit Lichenifikation. 3. Eine Prurigo diathésique unter dem Bilde einer Lichenificatio diffusa, pura, abortiva, d. h. eine Neurodermitis diffusa, oder Pruritus diffusus mit oberflächlicher Lichenifikation. 4. Eine Prurigo diathésique unter dem Bilde einer Prurigo Hebra.

Unter den verschiedenen Formen des Ekzema neuro-arthriticum sind nach Brocq am charakteristischsten: das Ekzema siccum symmetricum der Extremitäten, der Hände und der Handgelenke; die Abschuppung — ohne Rötung — der Handflächen der Arthritiker; das Ekzema vesiculosum, das Ekzema mit Riesenvesikeln und Blasen, verbunden mit starkem Nässen und mit Rötung und beträchtlicher Schwellung der Haut; das rezidivierende Ekzema erysipelatoides der Arthritiker, das sich durch Röte, durch ödematöse Schwellung und durch kleine und gröfsere Vesikeln auszeichnet. Aufserdem aber finden sich nach Brocq in dieser Ordnung: „Dermatosen mit ausgedehnten Plaques von Ekzema siccum oder E. vesiculosum, die zuweilen in Form von papulo-vesikulösen Schüben auftreten. Bei diesen Dermatosen kommt es, namentlich gegen Abend, zu einem anfallsweisen Pruritus. An und für sich haben sie keine pathognomische Bedeutung, sie zeigen nur an, dafs Störungen inneren Ursprungs vorliegen, die den ganzen Organismus in Mitleidenschaft ziehen.“ Schliefslich rechnet Brocq zu dem Ekzema neuro-arthriticum noch eine andere Form, „bei der sich einige umschriebene Plaques bilden; diese Plaques sind deutlich abgegrenzt, meistens trocken, verursachen Pruritus, lichenifizieren bald stärker, bald schwächer und bringen es anfallsweise auch zur Ekzematisation. In Wirklichkeit handelt es sich bei diesen Formen nur um Neurodermitiden, besser noch, um umschriebenen Pruritus, der sich zuweilen ekzematisiert. Es handelt sich bei ihnen, wie schon erwähnt, um zusammengesetzte Formen und nicht um reines Ekzem; sie bilden aber die Grundform des arthritischen und auch des neuro-arthritischen Ausschlags.“ [2]

Brocq selber giebt an, dafs ein Ekzema „purum“ in der Klasse des Ekzema neuro-arthriticum sehr selten sei. Vom Ekzema purum giebt er folgende Einteilung: 1. Eine Varietät des E, vulgare s. amorphum mit kleinen oder gröfseren Vesikeln; dieser Ausschlag wird zuweilen impetiginös. 2. Eine Varietät mit den Symptomen des E. papulo-vesiculosum.

[2] Diese Schilderung des Ekzema neuro-arthriticum ist der Brocqschen Arbeit: „Zur Frage des Ekzems“, *Annales des Dermatologie et de Syphiligraphie* 1900. S. 187, entnommen.

3. E. nummulare. 4. E. erysipelatoides. 5. Eine Varietät, die aus diesen vier Formen sich zusammensetzt. Diese letztere Varietät ist nach Brocq unter allen die häufigste, und zwar in der Zusammensetzung des E. nummulare mit dem E. vulgare amorphum vesiculosum oder mit dem E. papulo-vesiculosum, das mehr oder weniger urticariaartig, zuweilen auch impetiginös ist. Lichenifikation ist — immer nach Brocq — bei diesen Formen etwas ganz häufiges und sie stehen in naher Beziehung zu der Prurigo diathésique.

Das Ekzema neuro-arthriticum bildet also nach der Lehre von Brocq sehr oft Mischformen und Komplikationen und diese letzteren setzen sich, wie wir eben gesehen haben, aus den reinen Ekzemformen zusammen. Brocq spricht von Komplikationen, wenn zu den verschiedenen Varietäten des Ekzems andere Dermatosen wie die Dyshidrosis, das Ekzema seborrhoicum, irgend ein künstlicher Ausschlag u. s. w. hinzutreten oder wenn umgekehrt auf eine andere Dermatose ein Ekzem aufgepfropft wird. Bis so weit Brocq, dessen Ansichten über das Ekzema neuro-arthriticum im Auszug wiedergegeben sind. Ich beginne nunmehr mit meiner eigenen Beschreibung.

Seit sieben Jahren beobachte ich zu Konstantinopel zahlreiche Fälle von pruriginösen, ekzematiformen, rückfälligen Hautausschlägen; einzelne dieser Fälle zogen sich über Monate, die meisten über Jahre hin und ein Patient hatte sein Leiden schon zwanzig Jahre lang. Die pruriginösen Ausschlagsformen bessern sich für eine Zeitlang und treten auch wohl ganz zurück, erscheinen dann aber immer von Zeit zu Zeit wieder. Die Zeiten der Besserung oder Heilung dauern in der Regel einige Monate bis Jahre; ich erinnere mich sogar eines Falles, wo der Patient mir erzählte, dafs erst nach zehn Jahren ein Rückfall wieder aufgetreten sei. Für gewöhnlich aber gestaltet sich der Verlauf so, dafs im Beginn der Krankheit die freien Zwischenzeiten nur verhältnismäfsig kurz sind, aber immer länger werden, je länger die Krankheit sich im ganzen ausdehnt. Selbstverständlich kommen hiervon auch Ausnahmen vor, habe ich doch selber Fälle gesehen, in denen die anfallsfreien Zwischenräume im Beginn der Krankheit viel länger waren, als nach längerem Bestand.

Auch der klinische Anblick der pruriginösen, ekzematiformen, rückfälligen Dermatosen ist ein so wechselnder, dafs fast jeder Fall ein anderes Bild bietet. Doch ist das erste und wichtigste Symptom immer der Pruritus. Die Krankheit beginnt immer mit Jucken, der Hautausschlag tritt erst später auf, und zwar bei einigen Patienten in mehr akuten, bei anderen in mehr chronischen Formen; auch kommen beide Formen, die chronischen und die akuten, zuweilen gleichzeitig beim nämlichen Patienten zur Beobachtung.

Unter den ganz heftigen, superakuten Formen, die sich namentlich

im Gesicht, an den oberen Teilen der Unterschenkel und am Fußrücken einstellen, ist besonders eine Dermatitisform bemerkenswert, die sich durch Jucken, durch Röte, Schwellung und beträchtliches Ödem auszeichnet. Alle diese Symptome sind auch, in abgeschwächtem Grade freilich, den akuten Formen zu eigen. Hier kommt es auch im weiteren Verlauf zur Bildung von bald größeren, bald kleineren, bald mehr, bald weniger zahlreichen Vesikeln und Blasen, zu starkem Nässen, es entwickeln sich Krusten und Rhagaden und es entsteht schließlich ein Bild, das manche Autoren als Ekzema acutum primarium (nicht sekundäre Ekzematisation) bezeichnen. In den weniger akuten Fällen sind Schwellung und Ödem, im Anschluß an die Röte und das Jucken, geringer, die Vesikeln geraten kleiner, das Nässen ist nur angedeutet, der Ausschlag trocknet weg und es bilden sich nur Schuppen oder ganz kleine Krusten, wodurch dann das Bild eines sogenannten Ekzema vulgare entsteht. An einzelnen Stellen, so an den Händen und Füßen, wird der Ausschlag durch eine typische Dyshidrose eingeleitet, wobei die Jahreszeit von keinem Einfluß ist. Aber auch hier bildet heftiges Jucken das erste Symptom; später erscheinen dann kleine, mit einem klaren Inhalt gefüllte Vesikeln, aber auch zuweilen große Blasen, die einzeln stehen oder zusammenfließen, ohne daß indeß diesen Erscheinungen — wie bei dem sogenannten Ekzema acutum — Röte, ödematöse Schwellung u. s. w. voraufzugehen brauchen. Vielmehr hat man hier nur das typische dyshidrotische Bild. Nun kann die Dyshidrose bestehen bleiben, während das Jucken aufhört und die Vesikeln wegtrocknen. Das Jucken kann aber auch von neuem wieder erscheinen mit Nässen, Röte, Ödem, Krusten- und Rhagadenbildung, kurz, dem ganzen Symptomenbild, das Besnier unter sekundärer Ekzematisation zusammenfaßt. An anderen Stellen hat der Ausschlag ein akutes, lichenoides Aussehen mit heftigem Jucken, diffuser Röte und Bildung kleiner, glänzender, polygonaler Papeln; diese liegen dicht beieinander und bilden große Herde, die mancher Autor als Ekzem mit akuter, sekundärer (Brocq) diffuser Lichenifikation bei nur geringer Verdickung der Haut ansprechen möchte. Dieser Zustand von Lichenifikation kann ohne Nässen durch Abschuppung allmählich abheilen. Bei anhaltendem heftigem Jucken verändern jene Herde aber zuweilen ihr Aussehen, indem es zu Ekzematisation (Besnier), Nässen, Entwickelung von Krusten etc. kommt, so daß dann nebeneinander sekundäre Lichenifikation (Brocq) oder Lichenisation (Besnier) und Ekzematisation bestehen. Das sind die akutesten Formen. An anderen Stellen des Körpers ist der Verlauf der Krankheit ein etwas milderer, so namentlich an den behaarten Stellen des Kopfes. Das Jucken ist auch hier das erste; dazu gesellen sich dann aber Vesikeln oder Pusteln, die sich mit impetiginiformen Krusten bedecken und sich teils

auch zu gröfseren Herden zusammenschliefsen; die Heilung erfolgt dann durch Austrocknung und Abstofsen der kleinen Krusten; doch können sich diese Herde zuweilen auch ekzematisieren. Die Krankheit kann auch noch andere Formen annehmen. So entwickeln sich zuweilen nach einem einleitenden Jucken kleine papulöse oder papulo vesikulöse Elemente, bald vereinzelt, bald in flächenhafter Anhäufung. Sie bilden kleine miliare Knötchen und gleichen jenen Ausschlagsformen, die nach starkem Schwitzen aufzutreten pflegen, oder den Ansammlungen von Papeln, wie sie bei der Keratosis pilaris oder der Pityriasis rubra pilaris vorkommen. Diese kleinen milderen papulösen oder papulo-vesikulösen Elemente bedecken sich mit Schuppen oder kleinen, blutig gefärbten Krüstchen, die schliefslich abgestofsen werden. Das ist in leichteren Fällen der Ausgang. Zuweilen, wenn das Jucken besonders hochgradig und anhaltend ist, kommt es stellenweise zu Ekzematisation mit Nässen, Bildung von Krusten u. s. w. An anderen Körperstellen entwickelt sich anstatt dessen ein einfacher erythematöser Zustand mit Abschuppung, aber ohne Nässen, so dafs nachträglich das Bild eines trockenen Ekzems entsteht. Einen solchen Status erythematosus, zu dem sich häufig noch nässende Rhagaden hinzugesellen, beobachtet man nach starkem Jucken in den Hautfalten, z. B. hinter dem Ohr.

Bei den pruriginösen Dermatosen erscheinen neben den akuten, ekzematiformen Elementen bisweilen auch andere von nicht ekzematöser Natur. Auch kommt es infolge des heftigen Juckens zur Bildung von Knötchen, die teils an Urticariapapeln, teils an Lichen urticatus erinnern und sich dann, dank dem heftigen Kratzen, mit blutigen Krusten bedecken. Andererseits entwickeln sich auch ausgesprochene Prurigopapeln, die sich gleichfalls mit blutigen Krusten bedecken und später durch kleine, blasse, etwas glänzende Papeln ersetzt werden, wie bei der Prurigo. Jedoch kann der Pruritus bei den pruriginösen, ekzamatiformen Dermatosen recht heftig sein, ohne dafs sich indefs irgend ein Ausschlag zeigt. Jene Elemente des Lichen urticatus und der Prurigo sind bei unseren Dermatosen nur beschränkt, vorübergehend und ändern infolge des Kratzens leicht ihr Aussehen.

In zwei von mir beobachteten Fällen dieser pruriginösen, ekzematiformen Ausschlagsformen fand sich stellenweise, ein nässendes, ekzematiformes Exanthem, das an den Händen und Füfsen ganz den Eindruck einer Dyshidrosis machte; die Vorderarme boten dagegen das typische Bild eines Lichen ruber planus mit den charakteristischen, glänzenden, nabelförmigen Papeln. Diese Papeln bildeten in einem der beiden Fälle durch Zusammenfliefsen perlgraue Linien, wie sie von Brocq und Wickham beschrieben und wie sie für den Lichen ruber planus charakteristisch sind. In dem einen Fall, den ich lange Zeit beobachten konnte, veränderte

sich der Lichen ruber planus infolge des Kratzens innerhalb einiger Wochen: es stellte sich eine ausgedehnte Desquamation ein, so dafs das Bild des Lichen ganz verwischt wurde.[3] (Indes kam es hier nicht, wie beim Abheilen der Papeln des wirklichen Lichen ruber, zur Bildung dauernder Pigmentflecken.) Mit der oben erwähnten akuten, sekundären Lichenifikation darf der Lichen dieser beiden Fälle aber nicht in Parallele gestellt werden, denn es fehlen alle Symptome dieser Lichenifikation: die Bildung kleiner, glänzender, polygonaler Papeln, die in rechtwinklig sich schneidenden Zügen angehäuft sind, wobei die Haut nur mäfsig verdickt ist.

Sehr häufig entwickeln sich bei den pruriginösen Dermatosen infolge des anhaltenden und immer an den nämlichen Stellen wieder ausbrechenden Juckens Lichenifikationsherde von chronischem Charakter, mit mehr oder minder ausgesprochener Hautverdickung. Diese Form ist wohlbekannt, sie wurde zuerst von VIDAL als Lichen simplex chronicus, später von BROCQ als Neurodermitis chronica circumscripta oder als Pruritus circumscriptus mit Lichenifikation, von anderen Forschern endlich als Ekzema oder Dermatitis lichenoides, Ekzema puriginosum chronicum u. s. w. beschrieben. Derartige Herde der Neurodermitis chronica (BROCQ) sind meistens umschrieben, bald unregelmäfsig, bald mehr rund geformt, oder auch oval, bezw. ringförmig u. s. w. und bedecken zuweilen ausgedehnte, verdickte, lichenifizierte Hautstellen. Von Zeit zu Zeit, wenn das Jucken und demgemäfs auch das Kratzen besonders heftig werden, entzünden sie sich, schwellen an und werden ödematös, wobei die lichenoiden Papeln deutlicher hervortreten; es kann dann auch zu sekundärer Ekzematisation mit Nässen und Krustenbildung kommen; zuweilen entstehen sogar auch Geschwüre und Rhagaden. Wenn dann das Jucken wieder aufgehört hat, so verschwindet auch die sekundäre Ekzematisation wieder unter Eintrocknung und Abschuppung, die neurodermitischen Herde verblassen und es bleibt nur eine leichte Verdickung und ein etwas lichenoides Aussehen der Haut mit Hyperpigmentation der Haut nach — bis dann nach kürzerer oder längerer Ruhepause mit einem erneuerten Anfall von Juckreiz der ganze Prozefs von neuem einsetzt; so können die neurodermitischen Herde viele Jahre lang bestehen. Zuweilen heilt ein solcher Herd ganz von selbst aus, Lichenifikation und Hautverdickung verschwinden vollständig und lassen nur eine dauernde Verfärbung zurück. Nach kürzerem oder längerem Bestand solcher Heilung kann dann freilich die Krankheit an der nämlichen oder an einer anderen Stelle wieder zum Ausbruch kommen.

---

[3] Der andere Fall entzog sich meiner weiteren Beobachtung, ich kann daher nicht sagen, ob in diesem Falle der Ausschlag wie ein echter Lichen ruber planus verlaufen ist; ich habe nur in Erfahrung gebracht, dafs der Ausschlag nach langem Gebrauch von Arsen, den ich empfohlen hatte, geschwunden ist.

Bei diesen pruriginösen Dermatosen wird infolge des hartnäckigen Juckens und Kratzens auch noch eine andere Form beobachtet: Umschriebene, unregelmäfsige Herde mit beträchtlicher Verdickung der Haut wie bei der Neurodermitis, nur mit dem Unterschiede, dafs die lineare Lichenifikation fehlt, wohingegen eine einfache Abschuppung besteht. Diese schuppenden und lebhaft juckenden Herde werden von einigen Autoren als Ekzema chronicum angesprochen. Ihr Verlauf ist ebenso wie derjenige der Neurodermitis; von Zeit zu Zeit entzünden sie sich entweder infolge des heftigen Juckens und Kratzens, oder fangen an zu nässen und zu ekzematisieren; dieser Zustand geht dann allmählich in Besserung über, bis dann wieder mit einem neuen Anfall von Jucken die Krankheitserscheinungen von neuem beginnen u. s. w.

Solche umschriebene, verdickte Herde haben zuweilen eine hyperkeratotische Oberfläche und können sich dann recht hart, wie verhornt anfühlen. Trotzdem kommt es auch hier nach heftigem Reiben und Scheuern zur Entzündung, zu Nässen und Ekzematisation, mit demselben Ausgang in Heilung und erneuerten Rückfällen. Ein gänzliches Verschwinden dieser Herde für längere oder kürzere Dauer beobachtet man indes nur selten.

Im Ganzen verlaufen die Fälle also sehr verschiedenartig und häufig wechselt die Krankheit auch beim selben Patienten die Form. Nachfolgend einige kurze Beispiele; ausführliche Beobachtungen sollen später veröffentlicht werden.

Bei einem 57jährigen Manne, bei dem die Krankheit schon seit drei Jahren bestand und von Zeiten leidlichen Wohlbefindens unterbrochen war, trat bei einem der Rezidive auf dem Fufsrücken und an den Unterschenkeln eine heftige akute Dermatitis, an den Händen eine typische Dyshidrosis auf, welch letztere dann später sekundär ekzematisierte. An den Händen dagegen bestand nur Jucken mit vereinzelten oder auch herdweise angehäuften miliaren papulo-vesikulösen Elementen, am Hals Röte mit sekundärer Abschuppung u. s. w.

Ein anderer, 55jähriger Patient, der schon mehrere Jahre an der Krankheit litt, zeigte bei einem erneuerten Rückfall an den Händen zuerst ein sogenanntes Ekzema acutum mit Rötung, Ödem, Vesikeln, Nässen, Krusten u. s. w. Dazu entwickelte sich nach einigen Tagen unter Jucken auf den Füfsen eine typische Dyshidrose mit Vesikeln und klaren Blasen, aber ohne vorgängige Rötung. Diese stellte sich auf den Vorderarmen ein; dazu akute, diffuse, sekundäre Lichenifikation mit geringer Hautverdickung; stellenweise bildeten sich lichenifizierte Herde, die nachträglich ekzematisierten und näfsten. Auf den Oberarmen brachen gleichzeitig unter Jucken miliare Vesikopapeln hervor, teils einzeln, teils zu Herden angehäuft; im Bart und auf dem Kopfe vesikulo-pustulöse Elemente,

die sich nach und nach mit impetiginiformen Krusten bedeckten. An noch anderen Körperstellen bestand ausschliefslich Hautjucken, andere Reizerscheinungen fehlten.

Bei einem dritten Patienten, der erst seit einem Jahre an der Dermatose litt, erschienen, ebenfalls während eines Rückfalles, unter heftigem Jucken auf den Füfsen kleine papulo-vesikulöse Elemente, teils einzeln, teils in Haufen; sie wurden stellenweise ekzematös, indem sie näfsten und sich mit Krusten bedeckten; an den Händen entstand eine typische Dyshidrose, am Rumpf ein massenhafter Ausbruch der kleinen Papulo-Vesikeln, an den Vorderarmen ein typischer Lichen ruber planus, der nach einigen Wochen den Charakter des WILSONschen Lichen wieder einbüfste u. s. w.

Bei einem jungen Mädchen von 20 Jahren, bei dem sich die Dermatose seit 15 Jahren im Gesicht und am Hals festgesetzt hatte, kam es nach einer vierjährigen Zwischenpause völliger Gesundheit zu einem neuen Rückfall. Auf der Wange und auf der Stirn bildeten sich unter Jucken, Rötung und Schwellung kleine Papeln und Papulo-Vesikeln, teilweise mit Ekzematisation, Nässen, Krustenbildung u. s. w. In den Ohrfalten bestanden Rötung, Abschuppung und Rhagaden. An einzelnen Punkten des Gesichts sproſsten Elemente von Urticaria und Lichen urticatus hervor, die sich mit blutigen Krusten bedeckten und rasch wieder verschwanden; am Hals befanden sich nebeneinander kleine lichenifizierte Herde von chronischem Charakter, mit Hautverdickung, Neurodermitis chronica circumscripta (BROCQ). Die akuten, ekzematiformen Schübe verschwanden von Zeit zu Zeit vollständig; die Neurodermitis chronica dagegen mit Lichenification besserte sich wohl und blafste ab, heilte aber nicht gänzlich, sondern blieb in einem reizlosen Zustand bestehen.

Ein anderer junger Mensch von 30 Jahren, der seit zwei Jahren an der Dermatose litt, hatte im ersten Jahre seiner Krankheit heftige Anfälle eines ekzematiformen Ausschlags; im zweiten Jahre bekam er während eines Rückfalles äufserst starken Pruritus und papulo-vesikulösen Ausschlag untermischt mit den Knötchen des Lichen urticatus und der typischen Prurigo, sowie mit Folliculitis; an einzelnen Stellen bestand nur Jucken ohne Ausschlag.

Eine andere 30jährige Patientin, die schon über drei Jahre krank war, hatte im ersten Jahre ihres Leidens ebenfalls akute ekzematiforme Anfälle gehabt; während der letzten Rückfälle hatte sie auf beiden Handrücken ein sogenanntes chronisches Ekzem, d. h. trockene schuppende Flächen ohne Lichenifikation aber mit starker Verdickung der Haut und mit Rhagadenbildung. Gleichzeitig bestand auf den Vorderarmen lebhaftes Jucken und ein typischer Prurigo-Ausschlag.

Viele andere Kranke, die mit dieser Dermatose seit mehreren Jahren behaftet waren, litten in den ersten Jahren an akuten ekzematiformen Anfällen, später blieben nur einzelne umschriebene Flächen von chronischer Lichenifikation oder Neurodermitis chronica (Brocq) nach; zuweilen bestanden auch der akute ekzematiforme Anfall und die Neurodermitis gleichzeitig nebeneinander.

Ein weiterer Patient von 60 Jahren litt seit 30 Jahren an der Dermatose. In den ersten Jahren traten die akuten ekzematiformen Anfälle auf. Dann trat eine zehnjährige Pause ein, während welcher die Krankheit vollkommen ruhte; hernach begannen die Rückfälle von neuem. Bei einem der letzten Rückfälle bildeten sich nur auf beiden Oberschenkeln chronisch-neurodermitische Herde mit ungeheurer Verdickung der Haut und ganz besonders ausgesprochener Lichenifikation der Oberfläche. An anderen Stellen zeugten grofse Pigmentflecken von ehemaliger, nunmehr ausgeheilter Neurodermitis. Zuweilen hatten auch in diesem Falle Neurodermitis und Ekzem zusammen bestanden, wobei der ekzematiforme Ausschlag immer verhältnismäfsig rasch wieder verschwand, während die Neurodermitis chronica bestehen blieb.

Eine 22jährige Dame, seit zwei Jahren krank, hatte während eines der Rückfälle am Halse und hinter den Ohren lichenifizierte Stellen von Neurodermitis chronica, während an den Vorderarmen von Pruritus begleitete Prurigo-Papeln auftraten.

Ich habe aufserdem zahlreiche Fälle beobachtet, in denen die Krankheit gleich mit Neurodermitis chronica einsetzte, ohne dafs ekzematiforme Anfälle voraufgegangen wären. So ist mir z. B. ein 55jähriger Patient im Gedächtnis, bei dem es sofort zur Bildung von neurodermitischen Herden im Nacken kam. Zuerst stellte sich längere Zeit anfallsweise ein heftiges Jucken, immer an der nämlichen Hautstelle, ein; dann entwickelte sich sekundäre Ekzematisation mit Rötung, Vesikeln und Nässen, so dafs ein akutes Ekzem vorgetäuscht wurde; darauf vorübergehende Besserung und Wegtrocknung, dann wieder von neuem Jucken mit Rötung und Nässen. Die Haut wurde an den befallenen Stellen nach jedem Anfall dicker und lichenifizierter, mit rechtwinklig sich schneidenden Linien bedeckt, kurz, gewann ganz das Aussehen der Neurodermitis chronica Brocq. Die Dermatose besteht in diesem Falle schon seit einem Jahr; Besserungen wechseln mit neuen Rückfällen ab; immer ist dieselbe Hautstelle befallen und immer entwickelt sich nur Neurodermitis.

Ich verfüge noch über zahlreiche weitere derartig verlaufende Fälle, die bereits mehrere Monate bis mehrere Jahre bestehen, die sofort mit Neurodermitis begannen und bei allen Rückfällen immer nur diese eine Form hervorbringen.

Bei einem 20jährigen Mädchen, das fast seit seiner Kindheit mit Unterbrechungen an der Dermatose leidet, zeigten sich in der Knie- und Ellenbogenbeuge sowie auf den Augenlidern Herde von Ekzema pruriginosum siccum, die von Zeit zu Zeit entzündlich und nässend werden; an den Vorderarmen fanden sich Elemente von Lichen urticatus, Urticaria, Prurigo-Papeln u. s. w.

Ein 50jähriger Patient endlich, der seit 6 Monaten an der Dermatose litt, bekam unter allgemeinem Pruritus einen Ausschlag, der dem Lichen pilaris oder der Keratosis pilaris glich; daneben fanden sich auch einzelne Knötchen von Lichen urticatus, Exkoriationen und Blutkrüstchen, sowie nässende, ekzematisierte Flächen, die beim Heilen grofse Pigmentflecken zurückliefsen.

Resumé.

Diese pruriginöse, rezidivierende, ekzematiforme Dermatose hat bei aller Wandelbarkeit ihrer Erscheinungen doch einige beständige Symptome. Die Krankheit kann in jedem Alter, in der Kindheit, in der Jugend, im reifen Alter entstehen. Ist sie erst einmal zum Ausbruch gekommen, so schwindet sie sobald nicht wieder, kann Monate und Jahre lang, mit Unterbrechungen freilich, andauern. Die freien Zwischenzeiten können sich über Monate und Jahre erstrecken, auch ist ein plötzliches, gänzliches Ausheilen der Krankheit nicht ausgeschlossen. Eingeleitet wird die Krankheit immer durch Jucken; dazu gesellt sich dann der Ausschlag, der alle möglichen Formen annehmen kann, und gerade diese Variabilität des Ausschlags bildet das hervorstechendste Symptom der ganzen Dermatose. Das Exanthem ist entweder akut und ausgedehnt oder chronisch und auf kleinere Flächen beschränkt. In der Regel trägt der nämliche Patient gleichzeitig mehrere Ausschlagsformen, die stellenweise ekzematös, an anderen Stellen nicht ekzematös sind. In meinen Fällen kamen folgende Exanthemsarten zur Beobachtung: 1. Dermatitis acuta mit heftiger ödematöser Schwellung, 2. Ekzema acutum primarium mit Röte, ödematöser Schwellung, Vesikeln und Blasen, Nässen, Krusten u. s. w. 3. Ekzema vulgare mit Röte, kleinen Vesikeln, wenig Nässen, Abschuppung u. s. w. 4. Ein einfacher Status erythematosus mit nachträglicher Abschuppung. 5. Ein Status erythematosus mit Lichenifikation und Abschuppung, oder auch mit Lichenifikation und Ekzematisation und nachträglichem Nässen. 6. Ein Ausschlag von kleinen, miliaren, papulo-vesikulösen Knötchen mit nachträglicher Abschuppung oder mit sekundärer Ekzematisation, Nässen, Ödem, Krustenbildung u. s. w. 7. Einzelne oder in Haufen stehende Vesikulo-Pusteln, mit impetiginiformen Krusten bedeckt, dieses namentlich an den behaarten Stellen; sie trockneten entweder ein oder ekzematisierten sekundär. 8. Eine typische Dyshidrose, die rein blieb oder sich später ekzematisierte.

9. Eine Verbindung dieser Formen mit den Knötchen von Lichen urticatus, von Prurigo und in zwei Fällen sogar von Lichen ruber planus. 10. Ein Exanthem, das einer Follikulitis, einem Lichen pilaris, einer Keratosis pilaris oder einer Pityriasis rubra pilaris entsprach. 11. Unter den mehr umschriebenen, chronischen Formen: Pruriginöse, lichenifizierte Herde, die Neurodermitis chronica Brocq oder Lichen simplex chronicus Vidal. 12. Pruriginöse Herde mit Hautverdickung, aber ohne Lichenifikation, nur mit einfacher Abschuppung, oder auch Herde mit Hyperkeratose oder Verhornung der Oberfläche. Diese Herde von Neurodermitis chronica können unverändert bleiben; sie können sich aber auch entzünden, ödematös werden, sich ekzematisieren und nässen.

Fast jeder neue Fall, den man zu Gesicht bekommt, bietet eine andere Ausschlagsform dar und ich bin überzeugt, bei noch längerer Beobachtung auf noch weitere neue Formen zu stossen.

Im allgemeinen sind im Beginn der Dermatose die akuten, ausgedehnten Formen häufiger; je länger dann aber das Leiden anhält, um so mehr wird der Ausschlag chronisch und auf kleinere Gebiete begrenzt, als Neurodermitis chronica, allein von Zeit zu Zeit mit mehr akuten Formen vergesellschaftet. Doch giebts von dieser Regel auch zahlreiche Ausnahmen, in dem die Krankheit von Anfang an mit Formen der Neurodermitis chronica beginnen kann und diesen Charakter im weiteren Verlauf nicht ändert, oder in dem die akuten Formen erst nach mehrjährigem Bestand der Dermatose einsetzen. Die akuten Formen verschwinden rasch und heilen vollständig; die Neurodermitis chronica dagegen, welche die häufigste Form dieser Dermatose bildet, ist viel hartnäckiger. Hier beobachtet man von Zeit zu Zeit Besserung, der Ausschlag blasst ab, verschwindet aber nicht völlig; die Rückfälle treten meistens wieder an denselben, seltener an anderen Stellen auf. In den allerseltensten Fällen heilt die Neurodermitis ganz aus.

Obschon nun diese Dermatose sehr häufig den Charakter eines sogenannten primären Ekzema akutum annimmt oder einer sekundären Ekzematisation unterliegt, so befinden sich daneben doch auch fast immer nicht ekzematiforme Elemente wie Dyshidrose, Lichen urticatus, Prurigo, ganz selten wirklicher Lichen ruber planus, ganz kleine, miliare, papulovesikulöse Knötchen, zuweilen Follikulitis, kleine Elemente, die an Lichen pilaris, an Keratosis pilaris u. s. w. erinnern. Alle diese Ausschlagsformen, denen regelmäfsig ein lebhaftes Jucken voraufgeht, die einen jahrelangen Verlauf mit Nachlässen und Rückfällen haben sind pruriginöse, rezidivierende Dermatosen, die teilweise einen ekzematiformen Eindruck machen und stellenweise auch einmal das Aussehen einer Dyshidrose, eines Lichen, einer Prurigo u. s. w. annehmen können. Vergleicht man die Beschreibung, die ich von allen diesen klinischen Formen gegeben habe, mit

den im Eingang erwähnten Schilderungen von Brocq und Besnier, so erkennt man unschwer, dafs die verschiedenen, von mir erwähnten pruriginösen, ekzematiformen, rezidivierenden Dermatosen mit den verschiedenen Varietäten von Besniers Prurigo diathésique identisch sind und manchen neuro-arthritischen Ekzemformen, den Mischformen mit Komplikationen Brocqs sehr nahe stehen.

Innerliche Behandlung.

Vor sechs Jahren hatte ich die pruriginösen Ausschläge zuerst mit äufseren Mitteln behandelt, die Ergebnisse waren damals aber wenig befriedigend. Es erfolgte wohl eine gewisse Besserung, es kam aber immer wieder zu neuen Rückfällen. Erst nachdem ich anfing, Arsen in grofsen Mengen lange Zeit zu geben, fielen die Ergebnisse befriedigend aus.

Bei der ersten lange Zeit dauernden Arsenbehandlung bekommt der Patient 300 bis 500 asiatische Pillen, die man auch noch kann keratinisieren lassen; nach dem Verbrauch von je 100 Pillen werden 14 arsenfreie Tage eingeschoben. Je nach den Gesundheitsverhältnissen des Kranken und nach der Heftigkeit der Dermatose kann man 4—6—10 Pillen täglich geben. Freilich liefsen sich auch bei dieser Behandlung die Rückfälle nicht ganz vermeiden, sie wurden aber viel abgeschwächter. Um sie nun so viel wie möglich zu verhindern, so liefs ich auch während der anfallsfreien, gesunden Zeit in Zwischenräumen kleine Mengen Arsen weiternehmen, wie man ja auch bei der Behandlung der Syphilis auch ohne besonderen Anlafs ab und zu Quecksilber nehmen läfst.

Nach dieser ersten langdauernden Arsenbehandlung bleiben die Patienten zwei bis drei Monate ohne Arsen und verbrauchen dann vierteljährlich 100 asiatische Pillen und zwar während mehrerer Jahre, je nach der Schwere des Falles. In dem Mafse, wie die Rückfälle seltener werden, lasse ich jährlich je 100 Pillen weniger nehmen und schliefslich das Arsen ganz aussetzen. Seit ungefähr sechs Jahren habe ich jetzt zahlreiche Fälle in dieser Weise behandelt, und obschon ja die Heilung bei dieser Dermatose oft von selber eintritt und längere oder kürzere Zeit anhält, so mufs ich doch meine Behandlungsweise als eine recht wirksame bezeichnen, indem die freien Zwischenzeiten immer länger, die Rückfälle aber immer schwächer und schliefslich so unbedeutend wurden, dafs man die Krankheit fast als dauernd geheilt betrachten konnte.

Einzelne Fälle entzogen sich meiner Beobachtung leider mitten in der Behandlung; einige wenige, namentlich solche mit Neurodermitis chronica circumscripta und grofser Verdickung der Haut, blieben von dem Arsen mehr oder minder unbeeinflufst und wurden im ganzen nur wenig gebessert; bei einer grofsen Anzahl von Fällen war aber, wie gesagt, der Erfolg ein sehr zufriedenstellender.

Äufserliche Behandlung.

Zum Schlufs möchte ich auch noch die äufseren Mittel erwähnen, die sich mir bei Bekämpfung der pruriginösen Dermatosen am brauchbarsten erwiesen. Bei den Formen mit Dermatitis acuta, mit primärem Ekzema acutum, mit sekundärer Ekzematisation nach Dyshidrose, mit Schwellung, Nässen, Krusten u. s. w. waren es 2—3 mal am Tage örtlich verabreichte sehr heifse Bäder. Nach dem Baden wurden die erkrankten Stellen jedesmal mit einer feuchten Kompresse und mit Wachstaft bedeckt; die Kompresse wurde mit folgender heifsen Lösung befeuchtet:

Tannin	10—20,0
Ichthyol	1—5,0
Aq. dest.	1000,0
Acid. carbol.	0,5—1,0
Glycerin.	10—20,0
Acid. boric.	10—20,0.

Bei starkem Jucken und den kleinen, miliaren, papulo-vesikulösen Knötchen mit wenig oder gar keinem Nässen, sowie bei Dyshidroseausschlag, bei Follikulitis u. s. w. u. s. w. bediene ich mich alkoholischer Lösungen, zu denen ich hier zwei Formeln folgen lasse.

Acid. boric.	2—4 g	*Alcohol.*	100,00
Sublimat.	0,02—0,10	*Aq. Laurocer.*	50,00
Acid. carbol.	0,20—1,00	*Aq. d. menth.*	50,00
Spirit.		*Acid. boric.*	3,00
Aq. dest.	ad 50,0	*Chloral*	1,00
Aq. Laurocer.	5,0	*Campher*	0,50
Aq. Coloniens.	20,0	*Sublimat.*	0,15
Aq. Flor. Aur.	10,0	*Acid. carbol.*	1,00
Tannin	5,0	*Thymol*	0,50
Glycerin	5,0—20,0	*Menthol*	0,25
Chloral	0,5— 1,0	*Glycerin*	25,00.
Campher	0,3— 1,0		
Thymol	0,2— 1,0		
Menthol	0,1— 1,0.		

Die Stärke der einzelnen Mittel dieser Lösungen, die man auf der Haut eintrocknen läfst, richtet sich nach der Schwere des Falles. Ich beginne zuerst mit der schwächsten Lösung und verstärke sie, je nachdem sie vertragen wird. Diese Lösungen werden viermal täglich in der angegebenen Weise angewandt. Bei örtlichem oder allgemeinem Jucken bediene ich mich, wenn dabei kein Ausschlag mit heftigem Brennen besteht, alkoholischer Lösungen, in denen die Menge der oben erwähnten Mittel etwas erhöht ist. Z. B.:

Alcohol.	300,0
Sublimat.	0,5— 1,0
Acid. carbol.	3,0— 6,0
Glycerin	10,0—30,0
Thymol	3,0
Menthol	3,0
Chloral	3,0
Camphor.	3,0.

Bei sehr starkem Jucken verordne ich wohl auch zuerst sehr heiſse örtliche Bäder oder Abwaschungen mit heiſsem Kamillenthee, der zum dritten Teil oder zur Hälfte mit Essig versetzt ist, und wende dann erst die alkoholischen Lösungen an. Sind Vesikeln oder Nässen reichlicher vorhanden, so lasse ich auch noch, nach Anwendung der alkoholischen Lösungen, je nach dem Fall, einen der beiden folgenden Puder verwenden:

Talci	20,0	*Talci*	
Menthol	1,05	*Amyl.*	ää 20,0
Thymol	0,1	*Minii*	10,0
Tannin	0,2	*Tannin*	10,0.
Ichthyol	0,05		
Pic. lithanthrac.	0,1		
Glycerin	gtt. X.		

Die Puder sind in der Regel nicht notwendig, zuweilen sogar schädlich, indem sie das Jucken vermehren. Die alkoholischen Lösungen allein genügen meistens. Auf die juckenden und gereizten und sekundär ekzematisierten Stellen lasse ich, bald mit, bald ohne alkoholische Lösung, je nach dem Fall, Unnaschen Chloral-Camphor-Salbenmull auflegen, bis die Ekzematisation verschwindet, und fahre dann, sowie die Haut trocken ist, mit den alkoholischen Lösungen fort. Ist dieser Chloral-Camphor-Salbenmull nicht erhältlich, so verwende ich statt seiner eine Chloral-Camphor-Salbe, der man auch noch die antipruriginösen Mittel, die in den alkoholischen Lösungen enthalten sind, zusetzen kann; die Formel lautet dann etwa:

Axung. benzoat.	50,0
Ol. oliv.	10,0
Chloral.	0,5
Camphor.	0,25.

Hierzu kann man noch hinzusetzen:

Thymol	0,1
Menthol	0,1
Sublimat.	0,001
Acid. carbol.	0,3.

Die Mengen der einzelnen Mittel schwanken je nach dem Fall.

Bei den chronischen Formen, wo es sich um verdickte, nicht nässende, neurodermitische Herde mit oder ohne Lichenifikation handelte, habe ich die Sackesche Formel verordnet. Diese Formel lautet:

Aceton	70,0
Benzol	30,0
Pic. lithantrac.	10,0,

dieses unter Umständen mit Zusatz von 5—10% Ol. Ricin.

Diese Lösung wurde täglich einmal angewandt, daneben wiederholt die alkoholische Lösung. Waren aber sichtbare Körperteile befallen z. B. das Gesicht, wo die Leute die braune Teerfarbe nicht gern haben, da leistete mir die folgende Lösung gute Dienste:

Aceton	70,0
Benzol	30,0
Thymol	1,0

wozu man, je nach dem Grade der Trockenheit der Haut wieder noch 5—10% Ol. Ricin. hinzuthun kann.

Bei der umschriebenen und sekundär ekzematisierten Neurodermatitis mit Nässen und Geschwürsbildung verwandte ich zuerst den UNNAschen Chloral-Camphor-Salbenmull oder die bereits erwähnte Chloral-Camphor-Salbe, bis Reizung, Ekzematisation, Geschwüre und Nässen geschwunden waren.

Reichen die erwähnten Mittel nicht aus, um ein vorhandenes, sehr heftiges Jucken zu beseitigen, so greife ich zu den Kautschuckeinpackungen, die namentlich von den französischen Ärzten so warm empfohlen sind und mit denen man sehr gute Erfolge erzielt. Bei den akuten, vesikulösen, nässenden Formen mit unerträglichem Jucken befördern diese Einwicklungen das Nässen zuerst, indem sie gleichzeitig das Jucken unterdrücken; allmählich wird das Nässen dann auch geringer und hört schliefslich ganz auf.

Bei gewissen Formen der Neurodermitis chronica, die sehr hartnäckig sind, mit starker Verdickung und Lichenifikation der Haut einhergehen, so dafs diese besonders hart und trocken wird, auch heftig juckt, lasse ich des Nachts zuerst die Aceton-Teerlösung auflegen, darüber Chloral-Camphor-Salbenmull und lasse alsdann in Kautschuck einwickeln; am Morgen wird zuerst ein örtliches heifses Bad genommen, danach die alkoholische Lösung aufgetragen. Die Kautschuckpackungen haben sich auch bei diesen Formen in einzelnen Fällen sehr wohl bewährt, indem sie das Jucken linderten und die verhärtete und verdickte Haut aufweichten. Selbstverständlich mufs die Behandlung jedem einzelnen Fall angepafst werden. Ist z. B. das Jucken besonders heftig, so thun die von BROCQ empfohlenen heifsen Douchen oder heifsen Bäder in täglicher oder zweitägiger Anwendung neben den alkoholischen Lösungen und den andern erwähnten Mafsnahmen gute Dienste. Endlich sei noch für besonders hartnäckige Fälle von Neurodermatitis chronica circumscripta mit

äufserst lästigem Jucken, starker Verdickung der Haut bei fehlender oder vorhandener Lichenifikation folgende Salbe empfohlen:

Vaselin. flav.	50,0
Kreosot.	5,0—10,0
Acid. salicyl.	2,5— 5,0.

Die eingeriebene Salbe wird mit Wachstaft oder Kautschuckpapier bedeckt.

Bei Neugeborenen endlich und Kindern von 1—2 Jahren, die mit der pruriginösen, ekzematiformen Dermatitis behaftet sind, gebe ich innerlich Sol. arsen. Fowl. während eines möglichst langen Zeitabschnittes, wobei ich mit einem Tropfen täglich beginne und dem Alter entsprechend die Gabe allmählich steigere, äufserlich verordne ich möglichst heifse Ganzbäder, die einige Gramm Ichthyol enthalten; sie lindern in hohem Grade das Jucken und kommen täglich oder jeden zweiten Tag zur Anwendung. Die ekzematösen, nässenden oder mit Krusten bedeckten Stellen, die bei kleinen Kindern auf dem Kopf, im Gesicht und an den Ohren so hartnäckig jucken, werden zwei- bis viermal täglich mit heifsem, destilliertem Wasser abgewaschen, das einen kleinen Zusatz von Alkohol und in ganz geringen Mengen auch alle die früher erwähnten antipruriginösen Mittel enthält, wie sie in den alkoholischen Lösungen für die Erwachsenen zur Verwendung kommen. Ich lasse hier eine derartige Formel folgen:

Alcohol.	5,0 —10,0
Aq. dest.	100,0
Acid. boric.	1,0 — 2,0
Tannin.	1,0 — 2,0
Chloral.	0,1 — 0,5
Camphor.	0,05 — 0,1
Thymol.	0,1 — 0,2
Menthol.	0,05 — 0,1
Sublimat.	0,001— 0,005
Acid. carbol.	0,05 — 0,1
Aq. Coloniens.	5,0 —10,0
Aq. Laurocer.	5,0 —10,0
Glycerin.	5,0 —15,0

Die entzündlichen ekzematisierten Stellen werden alsdann mit einem Chloral-Camphor-Mull oder mit einer solchen Salbe bedeckt. Zu letzterer kann man in ganz kleinen Mengen auch die übrigen antipruriginösen Mitel hinzusetzen, wie das folgende Formel erläutern mag:

Axung. benz.	40,0
Ol. oliv. benz.	10,0
Chloral.	0,1 —0,2
Camphor.	0,05 —0,2
Thymol.	0,05 —0,1
Kreosot.	0,1 —0,3
Sublimat.	0,001
Acid. carbol.	0,05 —0,1.

Soweit die juckenden Stellen nicht ekzematisiert sind, komme ich mit Abwaschungen mittels heifser alkoholischer Lösungen und mit den schon früher erwähnten Pudern aus. Mit Vorliebe bediene ich mich des Miniumpuders, der sich mir bei Kindern mit vesikulösem, etwas nässenden Ausschlag sehr nützlich erwiesen hat. Selbstverständlich richtet sich die Menge der antipruriginösen Mittel in den Lösungen und den Salben immer nach dem vorliegenden Fall.

(Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.)

Beiträge zur Pathologie des Kaposischen „Granuloms".

Mitgeteilt von

Dr. Josef Sellei-Budapest.

In einer früheren Arbeit über das Kaposische Granulom (Sarcoma multiplex idiopathicum pigmentosum haemorrhagicum)[1] habe auch ich auseinandergesetzt, dafs, wenn schon die meisten Hautsarkome unter die Granulome einzureihen sind, wie dies schon Kundrat, Paltauf, Majocchi und andere[2] betonten, so gilt das besonders von der Kaposischen Krankheitsform.

Diese Ansicht wird derzeit von den meisten Dermatologen vertreten.

Ich habe ferner auseinandergesetzt, dafs die Einheitlichkeit des Kaposischen Sarcoma multiplex haemorrhagicum vom klinischen Standpunkte durch die Verschiedenheit der histologischen Befunde nicht gestört wird, und dafs das Kaposische Sarcoma multiplex pigmentosum haemorrhagicum endgiltig aus der Reihe der Sarkome auszuscheiden sei. Zur Vermeidung von Mifsverständnissen empfahl ich, dieses Leiden als Kaposisches Granulom zu bezeichnen.

In den letzten zwei Jahren wurden keine Untersuchungen vorgenommen, die vom ätiologischen Standpunkt von Wichtigkeit wären und einen Fortschritt in der Ätiologie der Krankheit bedeuteten.

Bei der Kaposischen Krankheit mufs man in histologischer Beziehung zwei Faktoren in Rechnung ziehen, auf die auch Philippson[3] in seiner letzten Arbeit aufmerksam macht. Der eine wäre die Neubildung der mit roten Blutkörperchen gefüllten Kapillaren, der andere die Bildung von spindelförmigen Sarkomzellen und deren massenhafte Auf-

---

[1] *Orvosi Hetilap*, 1900, und in deutscher Sprache: *Monatsh. f. prakt. Derm.*
[2] Lubarsch, Ostertag.
[3] *Virchows Arch.* Bd. CLXVII, Heft 1.

häufung. Bei der Kaposischen Krankheit können wir also ähnliche patho-histologische Erscheinungen konstatieren, wie im allgemeinen bei den Sarkomen. Auch hier finden wir Neubildung von Blutgefäßen und Vermehrung der Spindelzellen. Dies war auch die Ursache dessen, daß man diese Krankheiten so lange zur Gruppe der Sarkome rechnete; bei der Kaposischen Krankheit finden wir beinahe immer den Typus, daß sich um neugebildete Blutgefäße „Sarkom"-Elemente lagern; und wenn wir auch das Typische dieser Erscheinung nicht leugnen können, so müssen wir andererseits anerkennen, daß bald das eine, bald das andere Bildungselement das Übergewicht gewinnt, indem auch beide nicht immer zusammen vorkommen. Darum kam auch Philippson beim Studium des histologischen Befundes zu der Ansicht, „man müsse die Neubildung der Kapillaren und die Bildung der spindelförmigen Zellen gesondert beobachten".

Philippson gelangt übrigens auf Grund seiner histologischen Untersuchungen zu demselben Resultate — zu dem auch andere Autoren gelangt sind —, daß nämlich diese Kapillaren den Charakter wirklicher Neubildungen besitzen, daß wir es also in diesen Fällen mit kavernösen Hämangiomen zu thun haben.

Daß nicht bloß Neubildung von Kapillaren auftritt, sondern daß sich auch neue Lymphgefäße bilden, die neben den erweiterten, daher schon vorhanden gewesenen Lymphgefäßen in großer Zahl vorkommen, habe auch ich bereits in der obenerwähnten Arbeit berührt. Philippson macht auf den letzteren Umstand besonders aufmerksam. Auf welche Art das supponierte Virus diese Veränderungen hervorruft, wissen wir leider noch nicht; aber daß dieses Leiden zu den chronisch-infektiösen Krankheiten gehört, dafür lassen sich viele Argumente ins Treffen führen.

Ich will mich hier nicht eingehend mit der Histologie des Kaposischen Granuloms beschäftigen, und daher ist es auch nicht meine Absicht, alle Argumente anzuführen, welche für die infektiöse Natur dieses Granuloms und für dessen charakteristische Eigenschaften vorgebracht werden könnten. Nur eines will ich hervorheben, das, wenn auch in negativer Richtung, gleichfalls als Beweis erwähnt zu werden pflegt dafür, daß die Kaposische Krankheit nicht zu den Neubildungen gehört, und dies ist die spontane Rückbildung der Geschwülste. Das eine aber ist sicher, daß zwischen den Hämorrhagien und der Rückbildung der Neubildungen ein Zusammenhang besteht. Schon Kaposi meinte, dies sei die Ursache der Resorption der Neubildungen. Philippson hat neuerdings die Ansicht geäußert, daß vor dieser spontanen Rückbildung gewisse regressive Veränderungen konstatiert werden können, und daß die Umgestaltung der Neubildungen sich in zwei mikroskopisch verschiedenen Formen äußert.

Die eine dieser Erscheinungen besteht darin, dafs in den Zellen mucinöse Degeneration auftritt, die andere ist die fibröse Veränderung der Neubildungen, aus der man bei der KAPOSIschen Krankheit die Entwickelung der in Gestalt von knolligen, derben Knoten zurückbleibenden Gebilde erklären könnte. Auf Grund dessen meint PHILIPPSON, dafs die mikroskopischen wie die klinischen Befunde beweisen, dafs „die überwuchernden Gewebe einer regressiven Veränderung unterworfen sind", und dafs endlich (was auch für die Bildung der spindelförmigen Zellen von Wichtigkeit ist) „Überwucherung des Bindegewebes eintreten kann". Bei einer Durchsicht meiner älteren und neueren Präparate nach dieser Richtung habe auch ich die von PHILIPPSON beschriebene mucinöse Degeneration stellenweise, nur hier und da, wahrgenommen. Man kann in der That hier und da sehen, dafs im Protoplasma der Zellen zahlreiche Vakuolen vorhanden sind; die Kerne lassen sich leicht färben etc.

Aber diesem Befunde bin ich, wie gesagt, nur stellenweise begegnet. Die andere Erscheinung dagegen, die fibröse Veränderung, konnte ich schon in ausgesprochenerer Form beobachten, namentlich dort, wo Bildung von Blutgefäfsen und die damit verbundenen Hämorrhagien im Verhältnis zu den spindelförmigen Zellen in geringerem Mafse auftraten. Es läfst sich nicht leugnen, dafs die Befunde PHILIPPSONS viel zur Aufhellung des Gegenstandes beitrugen, doch glaube ich, dafs mangels richtiger ätiologischer Thatsachen auch jene Ansicht nicht zu verwerfen ist, welche die spontane Rückbildung der Knoten bei der KAPOSIschen Krankheit mit der früher erwähnten Erklärung, dafs nämlich auch Hämorrhagien die Rückbildung verursachen, gleichfalls in Verbindung bringt.

Denn das als Erzeuger des Leidens vorausgesetzte Virus, das die von PHILIPPSON angeführten Veränderungen hervorruft, bringt auch jene Degenerationen in den Zellen der Kapillaren und um dieselben zu stande, die dann zur Blutung, also zur Rhexis der Kapillaren führen, bildet doch das leichte Eintreten der Hämorrhagien schon vom klinischen Standpunkte ein wichtiges Symptom dieser Krankheit.

Meine weiteren Untersuchungen beziehen sich auf jene Befunde, welche die Erkrankung der Lymphdrüsen bei diesem Leiden angehen. KAPOSI ist noch in der neuesten fünften Ausgabe seines Handbuches folgender Meinung: „Drüsenschwellung scheint, von gelegentlich sympathischer abgesehen, wie z. B. bei Gangrän am Fufse, diesem Sarkomtypus nicht eigentümlich zu sein." Bei der KAPOSIschen Krankheit haben schon mehrere Autoren die Vergrösserung der Lymphdrüsen konstatiert, und wenn auch die Erkrankung der Lymphdrüsen als Beweis dafür angesehen werden kann, dafs dieses Leiden zu den malignen Tumoren gehört, sind wir doch geneigt, die Vergrösserung

der Lymphdrüsen bei diesem Granulom mit der chronisch-infektiösen Natur desselben in Zusammenhang zu bringen.

In einem typischen Falle der Kaposischen Krankheit hatte ich Gelegenheit, Studien über die histologischen Veränderungen der Lymphdrüsen anzustellen. In einem meiner Fälle traten, wie ich aus dem Sektionsprotokoll ersah, hauptsächlich an den Extremitäten Neubildungen auf, zu denen sich, namentlich in der Inguinalgegend vergrößerte Drüsen gesellten; derartige verdickte Drüsen waren auch in der Regio cruralis herausfühlbar. Aus dieser Gegend nahm ich eine Drüse, die unmittelbar neben einem Hautknoten stand, und so untersuchte ich mit den Drüsenveränderungen gleichzeitig die Hautveränderungen.

Das Resultat dieser Untersuchungen ist kurz folgendes: Vor allem fällt auf, daſs die Folliculi stellenweise gedrückt sind, indem sich um dieselben das Bindegewebe stark vermehrt, als Ergebnis einer produktiven Bindegewebsentzündung. Stark erweiterte sowie neu entstandene Blutkapillaren und Lymphgefäſse, hier und da starke Proliferation der Adventitia der Kapillaren; vereinzelte Hämorrhagien und Pigmentablagerungen. Das Pigment zeigt scheinbar eine gewisse Ähnlichkeit mit dem Pigment der auf der Haut vorkommenden Geschwülste; und wenn auch klinisch bei der Kaposischen Hautveränderung die Hämorrhagie ein entsprechend wichtiges Moment ist, so ist es offenbar, daſs man aus dem in den Drüsen vorkommenden Pigment (Hämorrhagie) auf eine Analogie, ja auf die Aufnahme eines identischen Prozesses Schlüsse ziehen könnte. Das Pigment zeigt sich, wenn es auch zerstreut hier und dort zu sehen ist, dennoch in gröſseren Mengen gegen die Peripherie hin. Daſs dieses Pigment von Blutzellen herrührt, hat die Eisenreaktion sicher erwiesen.

Nur die Frage, wie es in den Bereich der Drüse gekommen ist, kann den Gegenstand weiterer Erörterungen bilden. Es fragt sich nämlich, ob dieses Pigment in der Drüse selbst entstanden ist, wie wir das Pigment bei den Hautgeschwülsten angehäuft sahen, oder ob es eigentlich bloſs eine Ablagerung des fortgeführten und in die nahen Drüsen verschleppten Pigments ist.

Es ist bekannt, daſs bei anderen, z. B. bei in der Lunge auftretenden starken Blutungen später auch in den Lymphdrüsen entschiedenes Pigment vorkommt. Es erhebt sich nun die Frage, ob das Pigment in unserem Falle nicht auch bloſs eine sekundäre, konsekutive Erscheinung ist? Ein Kriterium wäre eine in der Drüse vor sich gehende Blutung. Denn Pigment bildet sich vorzugsweise dort, wo Blutung vorkommt. Stellenweise konnte ich thatsächlich eine solche Blutung sehen; doch scheint der geringe Grad derselben dafür zu sprechen, daſs das Pigment nur weitergeschleppt war, d. h. aus den an der Haut vor-

kommenden Gebilden, also aus den in den Granulomen eingetretenen Blutungen stammte.

Solche Zellelemente, wie sie bei der KAPOSIschen Hautveränderung vorkommen, und die dort als Sarkomzellen beschrieben wurden, nämlich länglich-ellipsoid, sowie spindelförmige Zellen mit spitzem Ende sind im histologischen Bilde der Drüse nicht zu finden. Neue Bindegewebszellen kommen dagegen in ziemlich bedeutender Zahl vor, ebenso wie bei der Hautveränderung, ohne dafs dieselben jedoch eine solche Gestalt annehmen würden, wie sie bei den Hautveränderungen in riesiger Menge vorkommen. Stellenweise stehen die Bindegewebszellen dicht nebeneinander und umgeben die Folliculi in der angegebenen Weise. Hier und da ist auch hier ödematöser Zustand zu beobachten, wie er auch bei der Hautveränderung auftritt. Die Kapsel der Drüse ist stark verdickt.

Am Schlusse meiner Arbeit sei es mir noch gestattet, Herren Professor PERTIK und Doc. NÉKÁM für die Überlassung des Materials meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Versammlungen.

Moskauer venerologische und dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 29. März (11. April) 1902.

Originalbericht von ARTHUR JORDAN-Moskau.

1. TSCHLENOFF stellte einen Fall von **Pemphigus chr. circinatus serpiginosus** vor. Die betreffende 25jährige Patientin giebt an, bereits fünf Jahre dieses Leiden zu haben und weist augenblicklich auf dem ganzen Körper, insbesondere aber auf Brust und Rücken einen in Kreisen angeordneten Ausschlag auf. Durch Zusammenstofsen der Kreise sieht man hier und da kleeblattähnliche Bildungen hervorgegangen. Der Rand der Kreise ist ein wenig erhaben und mit Schüppchen bedeckt, das Zentrum meist blafs und normal, stellenweise aber sieht man frische Eruptionen in Gestalt typischer Pemphigusbläschen. Die Schleimhäute sind nicht ergriffen.

Diskussion. METSCHERSKI hat vor kurzem einen ähnlichen Fall beobachtet, der ein 17jähriges Mädchen betraf und auch durch diese infiltrierten, mit Schüppchen bedeckten Wälle ausgezeichnet war. Der Verlauf der Krankheit war aber sehr schnell und ging in Heilung über.

2. Prof. POSPELOW demonstrierte einen Fall von **Morbus ADDISONI** und sprach im Anschlufs daran über die Ätiologie dieser Affektion. Es handelt sich um eine 40jährige Frau, welche in der Kindheit an Drüsenschwellungen gelitten haben soll und seit 11 Jahren kränkelt. Damals hat sie zum fünften Male geboren und seitdem ist die Periode nicht mehr wiedergekehrt. Vor 5 Jahren will sie sich das Gesicht verbrüht haben, worauf sie die noch jetzt sichtbaren Narben am Kinn zurückführt. Seit 3 Jahren hat sie die dunklere Farbe der Haut bemerkt. Augenblicklich zeigt die

magere, greisenhaft aussehende, blasse Frau eine diffuse, grauschwarze Verfärbung der gesamten Haut mit Ausnahme nur weniger Partien, wie der Handteller und Fufssohlen, der Haut über dem Brustbein und zwischen den Schulterblättern. Die Handflächen und Fufssohlen sind aber nicht völlig weifs, sondern zeigen dunkelgefärbte Stellen entsprechend den Falten. Die von Dr. GAUTIER aufs genaueste vorgenommene Untersuchung der inneren Organe ergab eine geringfügige, auf allgemeine Schwäche zurückzuführende Störung des Magen-Darmtractus, Verminderung der roten Blutkörperchen und des Hb-Gehaltes (30%) und anämische Herzgeräusche. Von seiten der Lungen waren keine nennenswerten Veränderungen zu erkennen. Trotzdem sprach POSPELOW als wahrscheinliches ätiologisches Moment in diesem Falle Tuberkulose der Nebennieren an und zwar auf Grund der Narben am Unterkiefer, die in ihrer Form ringsum am Rande desselben sicher nicht, wie die Patientin glaubt, auf die Verbrühung, sondern auf Scrophuloderma zurückzuführen sind.

3. MERTSCHERSKI führte einen Fall von **idiopathischer Atrophie der Haut, kombiniert mit Sklerodermie** vor. Das rechte Bein des 22jährigen Dienstmädchens ist magerer als das linke und weist insbesondere über dem Knie alle charakteristischen Merkmale von Atrophia cutis idiopathica auf, während man auf dem linken Oberschenkel Sclerodermie en plaques wahrnimmt. Laut Angabe der verständigen Patientin ist vor etwa drei Jahren das rechte Bein erkrankt, wogegen das linke erst seit kurzem krank ist.

Diskussion. POSPELOW konstatiert bei der Patientin eine beginnende Besserung im Vergleich zu dem Zustand bei ihrem Eintritt in die Klinik. Die Behandlung hat in Massage und warmen Bädern bestanden.

4. KÜSEL sprach über **Prof. NEISSERs Versuche mit Überimpfung von Syphilis auf Schweine.** Im Anschluss hieran erwähnte POSPELOW, dass auch er sich erinnert, beim Schwein der Syphilis des Menschen ähnliche Ausschläge gesehen zu haben, als sich vor etwa 15 Jahren Dr. DOMASCHKIN auf seine Veranlassung mit derartigen Überimpfungsversuchen beschäftigte. Die Arbeit blieb aber unvollendet und unveröffentlicht.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1902. Band 59, Heft 3.

I. **Zur Kenntnis der weichen, pigmentierten Naevi,** von J. FICK-Rafslau. Verfasser hat auf Anregung von Prof. EHRMANN eine Reihe pigmentierter, weicher Warzen histologisch untersucht, um das Pigment in seiner Anordnung und Verteilung in den verschiedenen Komponenten des Naevus zu studieren. Im ganzen wurden 8 Naevi, welche in vivo excidiert und nach Fixierung und Härtung in Alkohol in Paraffin eingebettet worden waren, untersucht. Gefärbt wurden die Schnitte mit alkalischem und polychromem Methylenblau, mit Hämatoxilin, Cresylechtviolett und behufs Darstellung der elastischen Fasern nach UNNA-TAENZER und WEIGERT.

Verfasser teilt im folgenden ausführlich die histologischen Befunde mit und resumiert am Schlusse seine Untersuchungen dahin:

1. Die pathologische Vermehrung des Pigments im Naevus ist nicht das kausale Moment für die Geschwulstbildung; Naevuszellbildung und Naevuszellwucherung einer-

seits, Vermehrung des Pigments andererseits sind zwei koordinierte, parallel verlaufende, häufig genug aber auch nicht miteinander kombinierte, pathologische Vorgänge.

2. Die Naevuszellen sind nur dann pigmenthaltig, wenn sich in ihrer nächsten Nähe Melanoblasten finden, mit denen sie an vielen Stellen in nachweislicher Berührung sich befinden.

3. In manchem Naevi finden sich Riesenzellen, ohne daſs in den betreffenden Geschwülsten andere Anzeichen exklusiver Wucherung oder Entzündungserscheinungen vorhanden wären. Diese Riesenzellen unterscheiden sich von den übrigen Naevuszellen auſser durch ihre Gröſse hauptsächlich durch die stärkere Tingibilität ihrer Kerne und durch das Vorhandensein einer basophilen, körnigen Substanz in ihrem Protoplasma. Letztere Eigentümlichkeit findet sich zwar nicht bei allen, aber doch bei vielen Riesenzellen.

4. Zwischen die Epidermiszellen, zum Teil mit ihnen verschmelzend, senken sich Fortsätze der Melanoblasten ein. Diese Zellen liegen teils zwischen den Epithelzellen, teils an der Epidermis-Coriumgrenze, teils zwischen den Naevuszellen, teils endlich in den tieferen Schichten der Cutis um die Gefäſse angeordnet.

5. In Bezug auf Pigmentierung verhält sich die Naevuszelle ebenso wie die Epithelzelle.

6. Sämtliches im Naevus nachweisbare Pigment befindet sich in Zellen (Epithelzellen, Naevuszellen, Riesenzellen, Melanoblasten).

7. Die histologischen Bilder pigmentierter, weicher Warzen sprechen kategorisch für die Richtigkeit der Ehrmannschen Pigmentlehre.

II. **Über die Beziehungen zwischen Rectumstriktur, Elephantiasis vulvae und Syphilis**, von Ludwig Waelsch-Prag. Bandler hatte auf Grund klinischer Beobachtungen die Behauptung aufgestellt, daſs als Ursache der elephantiastischen und ulcerativen Veränderungen des äuſseren Genitales und Rectums bei Prostituierten Lues anzusprechen sei. Es galt nun diese Anschauungen Bandlers durch die histologische Untersuchung des Rectums, sowie der dem Genitale regionären Drüsen in einem zur Obduktion gelangten Falle auf ihre Richtigkeit zu prüfen und sie eventuell durch die Mikropsie zu stützen. Die Krankengeschichte dieses Falles ist in der Arbeit Bandlers mitgeteilt worden. (Vergl. Ref. in *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 29. pag. 124.)

Zum Zwecke der Untersuchung wurden kleine Stücke des Rectums innerhalb der Geschwürsflächen und sämtliche erreichbare Drüsen des Genitaltraktus excidiert. Das Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung der Rectalgeschwüre stimmte im wesentlichen mit den Befunden überein, welche Rieder und Schuchardt bei Rectalgeschwüren, Fraenkl bei durch Syphilis bedingten Magenulcerationen und Oberndorfer bei luetischen Dickdarmgeschwüren erhalten hatten. Die charakteristischsten Veränderungen wiesen die venösen Gefäſse auf, welche sich im beginnenden oder fortgeschrittenen Stadium der Endo- und Mesophlebitis befanden. Das Lumen der Venen war durch Wucherungen des Endothels verengt, oder es zeigten sich unter dem Endothel mächtige Bindegewebswucherungen, die unter Verkleinerung des Gefäſslumens zu starker Wandverdickung geführt haben. An solchen Herden, wo sich stärkere Infiltrate um die Gefäſse herum gebildet haben, ist der elastische Ring der Intima gelockert, aufgefasert, von den Zellen des Granulationsgewebes durchsetzt; das Lumen ist durch gröſsere und kleinere epithelioide Zellen vollständig verlegt. Riesenzellen waren in den Infiltraten nicht nachweisbar.

Die mikroskopische Untersuchung der Drüsen ergab das Bild einer chronischen Entzündung mit Entwickelung epithelioider und Bindegewebszellen auf Kosten des

vorhandenen adenoiden Gewebes, ferner die für Syphilis charakteristischen Veränderungen an den Blut- und Lymphgefäfsen. Es ist verständlich, dafs diese Veränderungen eine Störung der Funktion der Drüsen, namentlich des die Lymphe abführenden Apparates, herbeigeführt haben, und dafs eine Folge dieser Störung wahrscheinlich die Elephantiasis vulvae gewesen ist.

III. **Über viscerale Syphilis**, von F. Schlagenhaufer-Wien. Der Verfasser beschreibt die Krankengeschichte eines letal verlaufenen Falles bei einem 51jährigen Manne. Auf Grund der bei der Obduktion erhaltenen makroskopischen Befunde, namentlich der im Pankreaskopf befindlichen mit weichen, bröckligen Massen erfüllten Höhle, der harten knolligen Beschaffenheit des übrigen Pankreas, sowie der eigentümlichen Beschaffenheit des retroperitonealen und Beckenbindegewebes wurde die pathologisch-anatomische Diagnose gestellt: Carcinom der Bauchspeicheldrüse auf wahrscheinlich luetischer Basis; carcinomatöse Infiltration des retroperitonealen und Beckenbindegewebes; Gummen in der Leber und syphilitische Hepatitis; fibröse syphilitische Orchitis mit rechtsseitiger Hydrocele, Perihepatitis und Perisplenitis specifica; Gehirnatrophie.

Bei der mikroskopischen Untersuchung erwies sich jedoch die Annahme eines Pankreascarcinoms als unrichtig. Vielmehr waren alle pathologischen Veränderungen syphilitischer Natur.

Der Verfasser teilt das Resultat der histologischen Untersuchung ausführlich mit und bespricht eingehend die Differentialdiagnose, für welche hauptsächlich Carcinom, Lues, Tuberkulose in Betracht kommen.

IV. **Ein Fall von Acanthosis nigricans**, von B. Béron-Sophia. Der Verfasser beschreibt einen Fall bei einem 65 Jahre alten Landmann, dessen Hautaffektion vor zehn Jahren mit Rötung der Haut der Innenseite der Oberschenkel begann. Hierauf sind kleine juckende Knötchen entstanden. Bis zum Frühjahr 1901 blieb die Krankheit stationär. Da bemerkte der Patient eines Tages, dafs die Haut des Halses dunkler geworden war; später verbreitete sich die Verdunkelung der Hautfarbe über Brust, Achselhöhle, Bauch u. s. w. Gleichzeitig wurde die Haut uneben und rauh, es entwickelten sich auf derselben warzige Gebilde. Der Patient empfand in der letzten Zeit intensives Jucken und ist stark abgemagert.

Der Status ergiebt auf den ersten Blick folgende Anomalien:

1. eine dunkle Hautfarbe; sie ist hellbraun, bronzefarbig, an einigen Stellen fast schwarz;

2. die Hautoberfläche ist im ganzen rauh und uneben und zwar vom deutlichen Hervortreten der Hautpapillen und Hautlinien bis zur Bildung einiger millimeterhoher Hautleisten und ebenso hoher papillärer Wucherungen;

3. die Haare am Kopfe und am Körper sind gelichtet und an vielen Stellen vollständig ausgefallen;

4. die Haut ist trocken; nirgends bemerkt man Schuppen, Krusten, Pusteln oder Exulcerationen.

Auch die Schleimhäute, namentlich der Mundhöhle, der Nase ist affiziert und zeigt weifse, unebene, papilläre Exkrescenzen.

Verfasser beschreibt sehr ausführlich das Krankheitsbild und teilt das Resultat der mikroskopischen Untersuchung excidierter Hautstückchen mit. Die wesentlichsten Befunde sind Verbreiterung sämtlicher Schichten der Epidermis und in der Cutis Verlängerung und Verzweigung der Papillen und schwache kleinzellige Infiltration; Vermehrung des Pigments in der Epidermis, weniger in der Cutis.

V. **Primäre Actinomycosis cutis am Hinterhaupte**, von Ignaz Böhm-Karlsbad. Die Affektion begann bei dem 26jährigen Metzger vor vier Jahren mit einer ent-

zündlichen Anschwellung am Hinterkopfe. Fieber und Schmerzen begleiteten den Ausbruch der Krankheit. Später entwickelten sich in der angeschwollenen Hautpartie einige derbe Knoten, welche langsam erweichten. Syphilis hatte der Patient nicht durchgemacht.

Zur Ueit, als der Verfasser den Kranken zum ersten Male sah, war die Haut am Hinterkopfe mäfsig gerötet, infiltriert und von ca. 15 bis 20 erbsen- bis haselnufsgrofsen, weichelastischen, deutlich fluktuierenden, zum Teil bereits durchgebrochenen Knoten besetzt. Die bereits perforierten entleerten eine gelbbraune, dickliche Flüssigkeit. Der Schädelknochen war nicht ergriffen. Unter Umschlägen mit Liquor Burowi perforierten spontan auch die übrigen Abscesse. Mit der Knopfsonde konnte konstatiert werden, dafs die einzelnen Abscesse untereinander kommunizierten und nur durch derbe Bindegewebsstränge abgegrenzt waren.

Schon makroskopisch konnte Verfasser auf Grund der gelbgrauen Körnchen im Sekrete die Diagnose auf Actinomycosis stellen. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose. Die Fistelöffnungen wurden gespalten und durch dieselben reine Jodtinktur eingespritzt. Unter derartigen Injektionen heilte die Aktinomykose im Verlaufe von zwei Monaten vollständig ab. Ein Rezidiv ist bis jetzt nach drei Jahren noch nicht eingetreten.

Der Patient dürfte sich bei Ausübung seines Fleischergewerbes verletzt und infiziert haben.

VI. **Über die smegmogenen Konkretionen des Präputialsackes „Smegmolithen" und über die Analogie zwischen diesen und anderen Epidermiskonkretionen des Menschen und einiger Säugetiere**, von D. Majocchi-Bologna. (Schlufs.) In dem zweiten Abschnitte seiner Arbeit will der Verfasser uns über die Analogie unterrichten, welche zwischen der Struktur der smegmogenen und derjenigen Konkretionen besteht, die sich in den Orificien, Kanälen und Höhlungen des menschlichen und tierischen Körpers bilden. Zu diesem Zwecke werden im folgenden eingehend beschrieben:

1. Umbilikale Konkretionen, die sich nach der Art ihres Wachstums in geschichteter Anordnung, nach ihrer bald wachsartigen, bald hornartigen Konsistenz und nach ihrem ranzigen Geruche leicht als hornig-talgige Konkretionen, als umbilikale Sebolithen erkennen lassen.

2. Epitheliale Konkretionen der Nasenhöhlungen (Rhinolithen).

3. Sebumkonkretionen aus fötalem Smegma (vernix caseosa). Sebolithen.

4. Konkretionen des Ohres des Menschen und einiger Säugetiere.

5. Smegmogene Konkretionen des Präputialsackes des Pferdes (Smegmolithen).

Verfasser führt makroskopisch und mikroskopisch den Nachweis, dafs es sich bei allen diesen Bildungen des Menschen wie des Tieres um hornig-epidermoidale und hornig-talgige Konkretionen handelt, ähnlich wie bei den Smegmolithen des menschlichen Präputialsackes. Bei allen herrscht in genetischer Beziehung ein konstantes Bildungsgesetz vor, nach welchem unter dem Einflusse irgend eines subakuten oder chronisch entzündlichen Reizes, eine reichliche Produktion der den betreffenden Gang oder die betreffende Höhle auskleidenden Epidermisprodukte eintritt, dann konsequenterweise eine reichliche Abstofsung der verhornten Zellen erfolgt, welche sich an Ort und Stelle ansammeln, durch Fett und andere Absonderungsprodukte verkittet werden und sich so zusammenschliefsen und konsolidieren.

VII. **Über den Einfluſs der Röntgenstrahlen auf die Haut in gesundem und krankem Zustande**, von W. Scholtz-Königsberg. (Schlufs.) In dem vorliegenden,

klinischen Teile seiner Arbeit bespricht der Verfasser zunächst die Technik des Verfahrens, von deren genauer Kenntnis hauptsächlich die therapeutischen Resultate der Röntgenbestrahlungen abhängen werden. Man wird vor allem berücksichtigen, dafs, je mehr Röntgenstrahlen die Haut treffen, desto stärker die Erscheinungen auf derselben ausfallen; ferner dafs die Röntgenstrahlen mit geringem Penetrationsvermögen wirkungsvoller auf die Haut zu sein scheinen, als diejenigen mit hoher Durchdringungskraft. Man wird auch die lange Dauer der Nachwirkung der Röntgenstrahlen, die Empfindlichkeit der Patienten überhaupt und der verschiedenen Körperstellen im besonderen im gesunden und im kranken Zustande berücksichtigen müssen. Krankhaft veränderte Haut reagiert rascher und intensiver auf die Röntgenstrahlen als normale, wobei wiederum die verschiedenen Erkrankungen in verschiedenem Grade die Haut empfindlich machen.

Mit Rücksicht auf diese Verhältnisse nimmt der Verfasser vor Beginn der eigentlichen Behandlung erst eine schwache Probebestrahlung vor, um die Empfindlichkeit der Haut kennen zu lernen. Empfehlenswert ist dies besonders bei Akne, Folliculitis barbae, Hypertrichosis und Ekzem. Nach wenigen Tagen beginnt er mit einer relativ kräftigen Bestrahlung, um möglichst rasch den gewünschten Grad einer Dermatitis zu erreichen, und läfst dann bald in der Intensität der Bestrahlungen nach. Die späteren, milden Bestrahlungen werden so lange fortgesetzt, bis der gewünschte Effekt, z. B. der Haarausfall, aufzutreten anfängt. Die Dauer der Bestrahlung jeder einzelnen Hautstelle ist in der ersten Sitzung 15 Minuten bei 30 cm oder 10 Minuten bei 25 cm Entfernung; die folgenden drei bis vier Tage täglich, später jeden zweiten, dann nur jeden dritten Tag in immer schwächer werdenden, d. h. kürzer dauernden Sitzungen (5—4—3 Minuten bei 30 cm). Ist z. B bei Enthaarung deutliche Lockerung der Haare zu konstatieren (meistens am Ende der zweiten oder anfangs der dritten Woche), so hört man mit den Bestrahlungen auf. Man erzielt so sicheren Haarausfall ohne stärkere Dermatitis.

Selbstverständlich mufs man immer mit bestimmten, bekannten Stromstärken und Unterbrechungszahlen arbeiten.

Seit dem Jahre 1897 wurden in der Breslauer Klinik über 200 Patienten mit Röntgenstrahlen behandelt, darunter 55 Fälle von Lupus vulgaris, 12 Favus, 9 Trichophytie des Bartes, 28 Folliculitis barbae non parasitaria; 9 Acne vulgaris und Acne rosacea, 8 Ekzem, 26 Psoriasis etc. etc. — Verfasser macht genaue Mitteilungen über die Behandlung der einzelnen Hautkrankheiten.

Was den Lupus vulgaris betrifft, so wurden in schweren, der gewöhnlichen Therapie fast unzugänglichen Lupusfällen mit energischen Röntgenbestrahlungen relativ günstige Heilresultate erzielt. Die Behandlung dauert gewöhnlich nur wenige Monate, bei leichteren, mehr oberflächlichen Lupusherden kann man mit monatelang intermittierend fortgesetzten schwächeren Bestrahlungen eine definitive Ausheilung ohne Nekrotisierung der Haut und ohne eigentliche Narbenbildung erreichen.

Bei Psoriasis vulgaris wurde mit schwachen Bestrahlungen (40 cm Entfernung 15—20 Minuten) in allen Fällen eine auffallende Beeinflussung der Erkrankung konstatiert; bei den meisten Patienten kam es zu einer fast vollständigen, bei einigen zu einer absoluten Abheilung der Efflorescenzen.

Nach allen seinen Erfahrungen glaubt Verfasser, dafs man mit den Röntgenbestrahlungen in der Dermatotherapie nicht nur eine höchst interessante, sondern oft auch eine recht wirksame Behandlungsmethode gewonnen hat. Bei weiterer Ausbildung der Technik wird die Röntgenbehandlung zweifellos noch weitere Fortschritte machen und auch weitere Verwendung finden.

C. Berliner-Aachen.

I. **Über einen Plan zur Errichtung eines Privatsanatoriums für Lepröse in der Gemeinde Rouceux bei Neufchâteau (Vogesen)**, von Ernest Besnier-Paris. Ein Pariser Arzt hatte in der Absicht, ein Privatsanatorium für Leprakranke zu gründen, in der Gemeinde Rouceux bei Neufchâteau ein grofses Grundstück angekauft. Die städtischen Behörden beider Ortschaften erhoben beim Minister des Innern Protest gegen die Erbauung mit der Begründung, dafs die Gegend leprafrei sei und die Errichtung eines Sanatoriums eine Gefahr für die Bevölkerung bedeute. Der Maire von Rouceux erliefs sogar ein Verbot gegen die Erbauung. Der Minister fragte die Académie de médecine an, ob eine derartige Gründung einen thatsächlichen Wert besitze und ob sie nicht zu Unzuträglichkeiten für das öffentliche Wohl führen könnte. Besnier erstattete in der Akademie den hier veröffentlichten Bericht, dem u. a. die Äufserungen der hervorragendsten Leprologen (Boeck, Ehlers, Hansen, Neisser, Blaschko, Jeanselme, Hallopeau) zu den angeregten Fragen zu Grunde liegen. Aus dem sehr interessanten Bericht seien an dieser Stelle nur die von B. vorgeschlagenen zusammenfassenden Antworten auf die Fragen des Ministers wiedergegeben: 1. Ein Privatsanatorium für Lepröse kann, wenn es zweckmäfsig, d. h. in unmittelbarer Nähe der Gegenden liegt, in welchen noch Lepraherde bestehen, wirklichen Wert besitzen und würde aufserdem einen humanitären Zweck erfüllen, der nicht hoch genug angeschlagen werden kann. 2. Ist das Sanatorium passend gelegen und isoliert, ist es in seinen Einrichtungen durch die Sanitätsbehörde nach festen Grundsätzen geregelt und einer dauernden und strengen Überwachung durch die Behörde nach innen und aufsen unterworfen, so ist nicht anzunehmen, dafs es die Ursache irgend welcher Unzuträglichkeiten für das Allgemeinwohl werden könnte. 3. Da der gegenwärtige Zustand der französischen Gesetzgebung eine solche Überwachung nicht möglich macht, so wird eine durch die Akademie ernannte Kommission die Mafsnahmen prüfen, die in dieser Hinsicht zu treffen sind.

II. **Die extra- oder intracelluläre Lagerung des Hansenschen Bacillus**, von George Pernet-London. Verfasser kommt auf Grund seiner Untersuchungen, die sich hauptsächlich auf lepröse Haut beziehen, zu dem Urteil, dafs intracelluläre Lagerung der Bacillen wohl vorkommt, dafs aber die grofse Mehrzahl extracellulär liegt. Die sogenannten Leprazellen und Kolonien in Zellen hält er mit Unna, Leloir, Bergengrün für Gloeamassen von Bacillen. Verfasser sieht aber in diesen Gloeamassen nicht, wie Unna, ein Involutionsstadium, sondern nur ein Ruhestadium, während dessen sie sich zu weiterer Proliferation vorbereiten.

III. **Untersuchungen über einen Fall von makulöser anästhetischer Lepra (Lepra maculosa anaesthetica)**, von Emile Dacoò-Florens. (Fortsetzung und Schlufs.) Vgl. Ref. Bd. XXXIII, S. 458 f. Die histologische Untersuchung ergab das Vorhandensein zahlreicher Bacillen in der Umgebung der Gefäfse und der drüsigen Gebilde; ferner fanden sie sich zwischen den Zellen, in den Zellen, besonders in den Gefäfsendothelien, in den Muskeln und Nerven, sowie in Bläschen, die in der Epidermis gelegen und durch Degeneration der Malpighischen Schicht entstanden waren. Deutliche Degeneration der Nervenfasern. Mit der Golgischen Methode (Acid. arsenicos. und Goldchlorid) konnte nachgewiesen werden, dafs die Meissnerschen Tastkörperchen an den Fingern total zerstört waren. — Der Blutbefund bot nichts Bemerkenswertes. — Stoffwechselversuche endlich, die Verfasser anstellte, ergaben vermehrte Stickstoffausscheidung, die mit dem Verlust des Körpergewichts Hand in Hand ging. Die Ausscheidung der Phosphorsäure entsprach dem Stickstoffverlust. Quantitativ be-

deutend vermehrt waren die Schwefeläther, was Verfasser mit der Ausbreitung der Krankheit in Verbindung bringt und als einen Ausdruck der biologischen Thätigkeit der pathogenen Keime ansieht. *A. Loewald-Graudenz.*

American Journal of Dermatology and genito-urinary diseases.

März 1902.

1. **Die praktische Anwendung der kombinierten Operationen des inneren und äufseren Harnröhrenschnittes,** von Reginald Harrison. Das Wiederauftreten und die Neigung zur Kontraktion ist bei intern urethrotomierten Strikturen bedeutend zu beeinflussen, zu vermindern, wenn man gleichzeitig durch externe Urethrotomie für genügende Wunddrainage und Durchspülung sorgt.

2. **Der Geschlechtstrieb beim Weibe,** von Havelock Ellis-Lelant. Der Verfasser kommt gegenüber den beiden Strömungen, von denen die eine den sexuellen Trieb des Weibes, die andere aber den des Mannes für stärker erklärt, zu dem Resultat, dafs sich beide wohl die Wage halten dürften. In fünf Hinsichten bietet jedoch der Geschlechtstrieb des Weibes gewisse Verschiedenheiten von dem des Mannes. 1. Er zeigt gröfsere Passivität. 2. Er tritt weniger spontan auf und bedarf vielfach erst der Anregung. 3. Er pflegt nach Eintritt in das aktive geschlechtliche Leben stärker zu werden. Die Schwelle des Excesses wird eher erreicht als beim Manne. 4. Die sexuelle Sphäre des Weibes ist weiter und diffuser. 5. Es ist eine ausgesprochenere Neigung zu einer gewissen Periodicität in den spontanen Ausbrüchen des Triebes.

3. **Anomale Hauteruptionen,** von Frederick C. Thompson-East Taures. Verfasser berichtet, dafs jetzt in gewissen Gebieten Nordamerikas eine Krankheit mit Prodromalsymptomen vorkomme, welche sich nur mit gröfster Mühe oder zuweilen gar nicht von Pocken unterscheiden lasse. Nur der endliche Verlauf sichere die Diagnose. Es werden die Krankengeschichten von fünf solchen Fällen berichtet.

4. **Duhrings Krankheit bei Kindern,** von Wm. S. Gottheil-New York. Die Dermatitis herpetiformis ist bei Kindern häufiger als man glaubt. Sie charakterisiert sich durch ihren rebellischen, chronischen Verlauf mit successiven Schüben, ihren ursprünglich herpetischen Charakter mit späterer Multiformität der Läsionen, den starken Juckreiz und die Unzugänglichkeit für die Therapie. Viele Fälle, die bisher als Ekzeme, Hautentzündungen oder Impetigo figuriert haben, dürften sich als solche von Duhringscher Krankheit erweisen.

5. **Ist Lepra das vierte Stadium der Syphilis?** von Henry Alfred Robins-Washington. Der Verfasser beschäftigt sich mit einer Theorie der an der Spitze des Lepraasyls von Molokai auf Honolulu stehenden Kollegen Fitch und Emerson, welche Lepra als das vierte Stadium der Syphilis betrachten. Zweifellos geht, so sagen jene Autoren, jeder Lepra Syphilis voraus. (Ebenso falsch wie diese Behauptung ist die ganze Theorie. Der Referent.)

6. **Die Circumcision und ihre Gegner,** von P. C. Remondino-San Diego. Der Verfasser bricht eine Lanze für umfassende Ausübung der Circumcision und führt mehrere Krankheitsfälle an, welche nicht eingetreten wären, wenn das Praeputium beizeiten enfernt worden sei. So ein Praeputialcarcinom mit Leistenmetastasen bei einem sonst kerngesunden Vierziger, Fälle von sexueller Neurasthenie und eine enorme Hypertrophie der Vorhaut, welche geschwulstartig, über kindskopfgrofs, bis zu den Knien des Mannes herabreichte.

7. **Nomenclatur der Hautkrankheiten,** von S. C. Martin-St. Louis. Warum wissen die meisten allgemeinen Praktiker so wenig Bescheid in der Dermatologie.

Weil hier eine unverzeihliche Verwirrung der Benennungen herrscht. Jeder glaubt, wenn er sie neu beschreibt, alte Symptomenbilder mit neuen Namen belegen zu müssen. Martin warnt davor. Als Beispiel führt er den Lichen simplex — Ekzema papulatum an.

8. **Harnröhrenverengerung als Ursache von chronischem Rheumatismus**, von J. Walter Torbett-Marlin. Verfasser berichtet drei Fälle von chronischem Rheumatismus, als dessen Ursache sich schliefslich Harnröhrenstrikturen erwiesen. Mit der Dehnung und Heilung derselben schwanden auch die rheumatischen Beschwerden. Diese Beobachtung dürfte von Interesse für die Ätiologie mancher chronischer Rheumatismen sein.

9. **Die Prophylaxe des Trippers**, von M. von Zeissl-Wien. Die Abhandlung bringt nichts Neues.

10. **Cystitis**, von W. W. Kennedy-St. Louis. Keinerlei neue Gesichtspunkte.

Hopf-Dresden.

Bücherbesprechungen.

Eine Einführung in die Dermatologie, von Norman Walker-Edinburg. Mit 43 Farbendrucken und 47 Textillustrationen. Zweite durchgesehene und erweiterte Auflage. (John Wright & Co., Bristol. 1902.) Wenn auch das Buch, welches im Jahre 1899 in erster Auflage erschienen ist und nun eine zweite bereits erfordert, in erster Linie für die Hörer des bekannten, an der Universität von Edinburg dozierenden Verfassers bestimmt ist, so bietet es doch auch für den praktizierenden Arzt in seiner knappen, präzisen Darstellungsart noch manches Interessantes. In der Einteilung der Hautkrankheiten folgt W. dem Prinzipe Unnas: 1. Anomalien der Sensation (Pruritus, Anästhesie, Dermatalgie), 2. der Sekretion (Hyper-, Chrom-, Anidrosis), 3. Anomalien der Cirkulation (Urticaria, Hämorrhagien), wozu auch die Pediculosis corporis gezählt wird, 4. Entzündungen: a) traumatische (medikamentöse, künstliche, Vergiftungs-Dermatitis), b) auf neurotischer Basis (Erythema, Prurigo, Hydroa, Pemphigus, Herpes) und c) infektiöse Entzündungen. In das grofse Heer derselben sind die am häufigsten vorkommenden Hautkrankheiten, wie Eczema, Psoriasis, Akne, merkwürdigerweise auch die parasitären Hautaffektionen wie Scabies, Pediculosis capitis, Pediculosis pubis, Ringwurm, Alopecia areata, ferner der Lichen planus u. a. m. eingereiht. Scabies wird als die typischste Form der feuchten, oberflächlichen Entzündungen an die Spitze dieses umfangreichen Kapitels gestellt und somit der bisherigen Gepflogenheit, die parasitären Hautkrankheiten als ein abgetrenntes Gebiet anzusehen, völlig gebrochen. Richtig bemerkt W., dafs Ekzema eine Bezeichnung ist, welche gewöhnlich für jede Art nässender oder schuppender Hautentzündung angewendet wird, deren Ursache oder Natur der Beobachter nicht kennt. Die regionären Verschiedenheiten des Ekzems, Einfluſs des Klimas, die Histopathologie (nach Unna) u. s. w. sind kurz gezeichnet. Seborrhoe betrachtet W. in Übereinstimmung mit Unna als eine spezifische Entzündung der Haut, wahrscheinlich durch einen Mikroorganismus verursacht, und Psoriasis nur als die äufserst trockene Form von Seborrhoe. Mit der Behauptung, dafs Pityriasis rosea häufiger vorkomme, als allgemein angenommen werde, dürfte Verfasser wohl im Rechte sein; weniger mit der weiterhin geäufserten, dafs das Jucksymptom dabei meist ein sehr geringes

sei. Die Alopecia areata in die Gruppe der Infektionskrankheiten einzureihen, hat W. bei dem jetzigen Stande der Wissenschaft viel weniger Bedenken wie vor zwei Jahren. Lichen planus bildet den Übergang zwischen den Entzündungen der Epidermis und jenen des Corium; Verfasser glaubt, daſs diese Affektion wahrscheinlich einmal ihren definitiven Platz bei den infektiösen Granulomen finden werde. Therapeutisch bewährte sich ihm als vortreffliches inneres Mittel das von Livbing empfohlene Quecksilber-perchlorid (3 mal täglich 5 mg [0,005]). Etwas kurz behandelt sind die letzte Gruppe der infektiösen Entzündungen, die Granulome; der Artikel Rhinosklerom nimmt kaum eine halbe Buchseite ein. Bei der Behandlung des Lupus vulgaris wird nachdrücklich auf individuelles Vorgehen hingewiesen: die Spickmethode kann in dem einen, die Operation (nach Lang) in dem anderen Falle indiziert sein, wenn auch letztere niemandem so gute Resultate geliefert habe wie Lang selbst; in anderen Fällen können die Lichtheilmethoden gute Dienste thun und W. hat mit dem Finsenschen Apparat so auſserordentlich günstige Narbenbildung wie mit keiner anderen Behandlungsart erlebt. Es folgen als 5. Kapitel die Neubildungen: maligne (Carcinom, Sarkom) und benigne (Verruca, Keloide, Clavus, Xanthome u. a. w.) und als die drei letzten, sehr kurzen: 6. Mifsbildungen (Hyperkeratosis congenitalis, Hypertrichosis), 7. Saprophyten, wobei nur Pityriasis versicolor und Erythrasma aufgezählt sind und 8. Pigmentanomalien (Ephelis, Erythrasma, Vitiligo). Die oben angegebene Anzahl von Abbildungen, welche die wichtigsten Affektionen illustrieren, bilden eine treffliche Beigabe zu diesem kurzen Leitfaden der Dermatologie. *Stern-München.*

Eine Abhandlung über die akuten, infektiösen Exantheme, von William Thomas Corlett. Mit 12 Farbendrucken, 28 photographischen und zwei lithographischen Abbildungen. (F. A. Davis Company, Philadelphia. 1901.) Das vortrefflich ausgestattete, ziemlich umfangreiche (ca. 400 Seiten) Buch soll nach Verfassers Ansicht eine Lücke in der Litteratur ausfüllen, die er schon als junger Arzt empfunden hatte. Eine auſserordentlich lesenswerte Abhandlung über den historischen Teil der akuten Exantheme vom alten Testamente, den altchinesischen, indischen, griechischen Aufzeichnungen an bis zum heutigen Tage bildet das erste Kapitel; von den genannten Krankheiten sind bekanntlich die Blattern schon am frühesten in der Geschichte erwähnt. Dieselben folgen im vorliegenden Buche als zweites Kapitel, sind in all' ihren Beziehungen genauestens beschrieben und nehmen daher mehr wie ein Viertel des ganzen Buches ein; für uns Europäer und besonders Deutsche, die wir so selten Blattern zu sehen Gelegenheit haben, bieten die beigegebenen Illustrationen viel Interesse. Im dritten Kapitel wird die Impfung und deren Folgen (Vaccinia) besprochen; wir ersehen hieraus, daſs in den Ländern, wo die Tier-Glycerinlymphe noch nicht allgemein eingeführt ist, die Impfschäden weit zahlreicher und mannigfaltiger sind als bei unseren wohlgeordneten Verhältnissen, und es ist nur erstaunlich, wie langsam sich im Auslande die Überzeugung von deren Notwendigkeit Bahn bricht. Das vierte Kapitel: Varicellen (Schlafblattern) ist relativ sehr reich illustriert, im fünften Kapitel, Scharlach behandelnd, sind wiederum die historischen und geographischen Betrachtungen von groſsem Interesse, demnach wurde dem Scharlach erst mit dem Erscheinen von Sydenhams Werk am Ende des 17. Jahrhunderts (1670—74) ein eigener Platz unter den akuten Exanthemen eingeräumt; seitdem war der Scharlach ein ständiger Gast in den nordwestländischen Ländern Europas, während Asien und Afrika mit gewissen lokalen Ausnahmen, frei davon geblieben sind; Egypten, Indien, Birmah, Ceylon und Japan sind gegen das epidemische Auftreten der Krankheit geschützt. Der zahlreichen Komplikationen (Nieren, Herz, Lungen,

Centralnervensystem, Augen u. s. w.) ist ausführlich gedacht und zum Schlusse des Abschnittes eine Reihe sehr zweckmäßiger Maßregeln bezüglich der Prophylaxe angegeben. Ebenso sind bei den Masern, dem nächsten Kapitel, nach eingehender Darstellung des ganzen Krankheitsbildes mit der Therapie und all' den möglichen Komplikationen sämtliche Pflichten aufgezählt, welche bei Ausbruch einer Epidemie oder Bekanntwerden eines Falles der Sanitätsbehörde obliegen. Das Schlußkapitel bilden die Rötheln (rubeola) und hier ist die Differentialdiagnose mit besonderer Ausführlichkeit in erster Linie von Masern, dann Scharlach u. s. w. beschrieben. Einen wichtigen Bestandteil auch dieses Kapitels bilden die farbigen Illustrationen. Anhangsweise ist eine Übersichtstabelle über die wichtigsten, differential-diagnostischen Merkmale der akuten Exantheme und eine kurze Darstellung der Desinfektionsmethoden für die Kranken, die Kleider und die Wohnräume (Ausschwefelung, Formaldehyd, trockene Hitze), sowie eine Anleitung über Warte und Pflege während der Krankheit beigegeben.

Aus diesen kurzen Angaben — bei der Art der Materie verbietet sich das Eingehen auf weitere Einzelheiten — ist wohl ersichtlich, daß vorliegendes Buch seinen Platz in der Litteratur verdient. *Stern-München.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Akute Exantheme.

Über die Möglichkeit von Blatternrezidiven, von Hervieux. (*Bulletin de l'Acad. de Méd.* 7. Febr. 1901.) Vortragender berichtet über mehrere Fälle von wiederholten Erkrankungen an Variola und schließt daraus, daß regelrecht geblatterte Individuen keineswegs sicher sind vor einer späteren Erkrankung an der nämlichen Infektion, wenn derartige Vorkommnisse auch zu den Seltenheiten gehören. Bei Epidemien ist dieser Umstand demnach in Betracht zu ziehen. An der Diskussion beteiligen sich mehrere Mitglieder, welche die Wichtigkeit der Impfung und Wiederimpfung hervorheben. *C. Müller-Genf.*

Über einen milden Typus der Variola, von F. Montizambert. (*Brit. med. Journ.* 11. Mai 1901.) Kanada ist zur Zeit von einer Invasion der Variola vera bedroht oder stellenweise schon ergriffen. Die Pocken sind offenbar von den Vereinigten Staaten eingeschleppt und zeigen ebenso wie dort so auch hier einen auffallend milden Charakter. Es ist nur ganz unbedeutendes Initialfieber, nur sehr spärlicher Ausschlag und kein sekundäres Fieber vorhanden. Die Patienten sind für gewöhnlich nicht ans Bett, selbst nicht ans Zimmer gefesselt. Man konsultiert nur selten den Arzt. Dieser milde Typus der Variola hat vor mehreren Jahren im Süden der Vereinigten Staaten seinen Ausgang genommen, ist immer weiter nach Norden und schließlich nach Kanada gedrungen. Von rein tellurischen Einflüssen kann dieser milde Typus, der vielleicht nur 1% Mortalität aufwies, nicht abhängig sein, weil seit seinem Auftreten zwischen durch auch ein allerdings rasch lokalisierter, vom Orient her eingeschleppter Ausbruch der schweren Pocken mit 50% Mortalität vorgekommen war. Viele der milden Pockenfälle wurden als Schafpocken oder als deutsche Masern diagnostiziert. Daß es sich aber um Variola und nicht Varicellen gehandelt habe, dafür sprechen

mehrere Thatsachen. Die Attacken trafen junge Leute ebenso oft als Kinder. Die Befallenen waren vorwiegend nicht geimpfte oder vor langer Zeit geimpfte Personen. In ganz vereinzelten Fällen nahm die Krankheit auch den schweren konfluierenden, ja tötlichen Charakter an. *C. Berliner-Aachen.*

Mortalität bei Variola bei geimpften und ungeimpften Individuen, von W. R. Macdonnell. (*Brit. med. Journ.* 7. Dez. 1901.) An einem Material von 349 Pockenkranken konstatierte Macdonell folgendes Verhältnis: Geimpft waren 240; von diesen genasen 195 und starben 45; von 109 ungeimpften Patienten starben 71 und genasen nur 38. Ein gröfseres Material, von 2081 Fällen, das ein annähernd gleiches Verhältnis aufweist, ist bereits früher von Pearson publiziert.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Bemerkungen über Pockenausschlag, dessen klinische Erscheinungen und Differentialdiagnose, von W. T. Corlett. (*Philad. med. Journ.* 23. Nov. 1901.) In differentialdiagnostischer Beziehung gegenüber Scharlach betont Verfasser, dafs bei letzterem das Exanthem zuerst am Hals, dem oberen Teil der Brust und den Wangen auftrete, das prodromale Variolaexanthem vorwiegend auf dem unteren Teil des Abdomens und den Oberschenkeln. Referent hat hiergegen einzuwenden, dafs das Scarpasche Dreieck doch sehr oft bei Scharlach zuerst den Ausschlag in typischer Weise darbietet, und dafs die Wangen (siehe Lehrbücher) meist nur eine uncharakteristische Fieberröte aufweisen. Wesentlich Neues will im übrigen der Artikel nicht bieten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Differentialdiagnose bei Variola, von J. Macoombie-London. (*Lancet.* 28. Dez. 1901.) Die Notwendigkeit einiger genauerer Kenntnisse in dieser Beziehung ergiebt sich, wie Verfasser darlegt, aus dem Umstand, dafs in den Jahren 1898, 1899 und 1900 in London 176 Fälle als Pocken angemeldet wurden, von denen aber nur 98 wirklich an Pocken erkrankt waren, während die anderen 78 an irgend einer anderen Krankheit litten. Verfasser bespricht eingehend die diagnostischen Merkmale bei Variola vor der Entwickelung des eigentlichen Pockenausschlags namentlich in Bezug auf das prodromale Erythem gegenüber Scharlach, Masern, Erythema multiforme, ferner Typhus exanthematicus, Influenza, Ptomainausschlägen u. a. Desgleichen schildert er die Unterschiede im papulösen und vesikulösen Stadium im Gegensatz zu Varicellen, Masern, Syphilis, Herpes, Ekzem und Impetigo, Pemphigus, Urticaria papulosa, Akne, Sudamina rheumatica, Rotz und pyämischen Hautaffektionen. Zum Referieren eignet sich der Artikel nicht. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über zwei Fälle von konfluierender Variola und einen Fall von zweifelhafter, modifizierter Variola, von J. H. Cnocker-Honnolow. (*Lancet.* 2. Nov. 1901.) Die ersten zwei Fälle betrafen eine 39jährige Puerpera, welche vielleicht im Säuglingsalter, jedenfalls nicht wieder nachher geimpft worden war, und ihr neugeborenes Kind. Bei beiden verlief die Krankheit tötlich. Der dritte Fall betraf einen 25jährigen Mann, der am zweiten Krankheitstage (wieder) geimpft wurde mit dem Erfolge, dafs am 15. Tage drei wohlausgebildete Impfpusteln sich entwickelten, während die Variola einen milden Verlauf nahm. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Bericht über einen Fall von Variola haemorrhagica, von W. C. James-London. (*Lancet.* 1. Febr. 1902.) Dieser tötlich verlaufene Fall war insofern bemerkenswert, als die Patientin in der Kindheit wiederholt und zuletzt im 14. Lebensjahre ohne Erfolg geimpft worden war. Diese Immunität verdankte sie offenbar dem Umstand,

daſs ihre Mutter während der Gravidität eine ziemlich intensive Variola durchmachte, wovon Spuren in Gestalt von verschiedentlichen Narben am Kinde bei der 6 Monate später erfolgten Geburt zu konstatieren gewesen sein sollen. Die Immunität, die 14 Jahre vorgehalten hatte, war aber nach 18 Jahren, wie der Verlauf zeigte, erloschen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Intravenöse Therapie bei Variola, von R. G. Hepp. (*Brit. med. Journ.* 7. Dez. 1901.) Aus Verzweiflung über die mangelhaften Resultate aller Therapie bei Variola schlägt H. vor, Sublimat intravenös zu injizieren. Selbst hat er aber diese Methode noch nicht versucht. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Jahresbericht der k. k. Impfstoffgewinnungsanstalt in Wien über das Betriebsjahr 1900, von G. Paul-Wien. (*Das österreich. Sanitätswesen.* 1901. No. 39 bis 42.) Aus diesem mehr den Impfarzt als den Dermatologen interessierenden Bericht sind für letzteren noch folgende Beobachtungen von Bedeutungen: Unter 183 Erstimpflingen war bei 181 die Impfung erfolgreich; bei 2 Kindern, das eine im vierten, das andere im dritten Lebensjahre, entwickelte sich am 13. resp. am 34. Tage nach der sonst normal verlaufenen Impfung an der Streckseite des Unterschenkels eine als Erythema toxicum bullosum diagnostizierte Affektion in Gestalt von pemphigusartigen, prallgespannten, serumgefüllten Blasen von Erbsen- bis Hellergröſse; bei dem zweiten Kinde fanden sich dieselben auch am Oberarm. Unter Dermatolbehandlung ist vermutlich die Krankheit schnell geheilt — wenigstens nimmt Verfasser dies an, da die Kinder nicht wieder vorgestellt wurden. Nebenpocken wurden einmal beobachtet, und bei 3 Impflingen entwickelte sich ein kleinmakulöses Impferythem zumeist am Stamm. Bei den Wiederimpfungen wurden keine Zwischenfälle konstatiert. — Die Maſsregeln bei der Gewinnung der Lymphe sind im wesentlichen die gleichen, wie sie in den meisten deutschen Impfanstalten befolgt werden. Der Wert eines Quarantänestalls für die neu angekauften Kälber wurde durch die Konstatierung akuter Maulseuche bei einem Stücke 5 Tage nach dem Einbringen prägnant erwiesen. Durch die jetzt vorgenommene Verdünnung der Lymphe mit Glycerin im Verhältnis von 1 : 4 wird der Wirksamkeit des Präparates kein Eintrag gethan, die Kosten und Mühe der Gewinnung dagegen sind gegen früher erheblich vermindert worden.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Bericht über die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreich Bayern im Jahre 1900, von L. Stumpf-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 51 u. 52.) Aus dem vorliegenden Jahresbericht, der nach Einteilung und Umfang genau den früheren Berichten entspricht, ist hervorzuheben, daſs es im Jahre 1900 in der Münchener Centralimpfanstalt zum ersten Male gelang, aus einem guten Variolavaccinestamm reine Tierlymphe durch neue Generationen mit vorzüglichem Erfolge fortzuzüchten. Ähnliche Versuche waren in früheren Jahren wiederholt vorgenommen worden, waren aber stets fehlgeschlagen, und der Verfasser hatte bisher angenommen, daſs daran die Beschaffenheit des in München zur Verfügung stehenden Tiermaterials schuld sei. Der im Jahre 1900 erzielte positive Erfolg beweist dagegen, daſs für das Mislingen der früheren Züchtungsversuche die zu denselben verwendete, von auswärts bezogene Stammlymphe verantwortlich zu machen ist. — Die aus der Hamburger Lymphanstalt bezogene und zu Wiederimpfungen verwendete Lymphe ergab ungenügende Resultate, nämlich 11% Erfolge gegen 75% Erfolge bei mit Münchener Lymphe geimpften Wiederimpflingen. *Göts-München.*

Vom Impfschutz. Erwiderung an Herrn Dr. Sobotta und Herrn Dr. Kaufmann. Von Böing. (*Allg. med. Centralztg.* 1901. No. 85.) Lediglich polemischen Inhalts.

A. Loewald-Greudenz.

Einige Beweise dafür, dafs die Impfung den Pocken vorbaut und sie mildert, von Webster. (*Cleveland Journ. of Med.* März 1901.) Um für die gesetzliche Impfung einzutreten und für sie zu wirken, schildert Verfasser die in den letzten zehn Jahren beobachteten Pockenepidemien und die Ergebnisse, die man daraus ziehen kann. Sie fallen selbstredend für alle Geimpften äufserst günstig aus.

F. Hahn-Bremen.

Über die wahrscheinliche Verwandtschaft der Vaccinia mit der überimpften Form der Menschenpocken, von S. M. Copeman. (*Brit. med. Journ.* 11. Mai 1901.) Der Verfasser hat die Lymphe echter Menschenpocken Kühen und Kälbern ohne Erfolg, Affen dagegen mit positivem Resultate eingeimpft, Überimpfungen durch eine Reihe von Affen vorgenommen und schliefslich Bläschen erzielt, deren Inhalt nunmehr mit positivem Resultate auf die Kälber übertragen werden konnte. Der so erzielte Effekt war von der typischen Vaccina nicht zu unterscheiden.

C. Berliner-Aachen.

Die modernen Methoden des Impfens und ihre wissenschaftliche Begründung, von S. M. Copeman-London. (*Lancet.* 21. Dez. 1901.) Im allgemeinen sind die in den Staatsinstituten in England beobachteten Mafsregeln die gleichen wie in Deutschland. Bezüglich der Technik des Impfens empfiehlt C. das Einpudern der Impfstellen mit Borsäure und Anlegen eines Schutzverbandes in Gestalt von einigen Lagen Borsäurelint. Auch betont er die Notwendigkeit, die Lymphe mittels eines speziellen Blasapparates aus der Röhre herauszutreiben, statt mit dem Munde. Die sichersten Erfolge erzielt man, wenn die Lymphe auf die unversehrte Haut in (4) Tropfen aufgetragen wird, und die Schnitte durch die Tropfen hindurch ausgeführt werden. Die Gröfse der Narben ist kein Kriterium der wirksamen Impfung. Bemerkenswert ist, dafs vor dem Gesetz von 1898, welches das Impfwesen neu regelte, immerhin jährlich durchschnittlich 58 Todesfälle in England mit der Impfung in Zusammenhang gebracht wurden, und dafs seitdem diese Zahl wenigstens auf 25 gefallen ist. Zum Schlufs berichtet C. über Versuche, das Variolevirus auf Rinder zu übertragen. Er hatte erst Erfolg, nachdem er dasselbe vorher auf Affen impfte.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Technik der Impfung, von F. A. Packara-Philadelphia. (*Philad. med. Journ.* 28. Nov. 1901.) Obgleich die Glycerinlymphe auch von P. bei weitem vorgezogen wird, so hat er an derselben auszusetzen, dafs die Inkubationsdauer eine ziemlich unregelmäfsige sei, von 36 Stunden bis zu 10 Tagen schwankend. Zur Desinfektion der zu impfenden Stelle verwendet er meist Alkohol; die Incisionen werden mit einem 6zinkigen Skarifikator gemacht. Eine zweckmäfsige Stelle ist seines Erachtens die Gegend eben unterhalb des Capitulum fibulae, falls man der Entstellung wegen nicht den Oberarm benutzen will. Als Deckmittel nach der Impfung verwendet er gern die durchsichtigen Celluloidhülsen, damit der Geimpfte das Vergnügen habe, auch seine Pocken sich von Zeit zu Zeit anzusehen. Alsbald nach der vollen Entwickelung der Pusteln entfernt er die Hülse und läfst Borsalbe oder Aristolsalbe (4 : 30) auflegen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Wichtigkeit des aseptischen Impfens nebst Bemerkungen über die Vaccination im allgemeinen, von W. K. Kubin-New York. (*Med. Record.* 6. April 1901.) Zunächst beweist K. an der Hand von Statistiken aus verschiedenen Ländern (England, Preufsen, Dänemark, Amerika) nochmals den unzweifelhaften Wert dieser

Maßregel. Im zweiten Teile giebt er eine ausführliche Liste von zum Teil mit tötlichem Verlauf einhergegangenen Unfällen, die er aus der Litteratur und durch direkte Umfrage gesammelt hat. Obzwar die Zahl dieser Unglücksfälle im Vergleich zu den Millionen von Impfungen gering ist, kann man Verfasser in seinen drei Forderungen: tadellose Lymphe (animalische), aseptisches Impfen und Verhütung von nachträglicher Infektion, nur beistimmen. Zum Schutze der Impfstellen verwendet er eine achtfache Lage von steriler Gaze und ein feines Drahtschild; das Ganze wird mit vier Heftpflasterstreifen befestigt und soll sehr gute Dienste leisten, ohne irgendwie zu belästigen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Einige Zahlen in Bezug auf die Empfänglichkeit gegen Wiederimpfung, von F. W. Andrewes-London. (*Lancet.* 11. Jan. 1902.) Das Material zu dieser Mitteilung lieferte das weibliche Pflegepersonal im St. Bartholemew's Hospital; dasselbe umfaßt 158 Beobachtungen und ergab nur eine weitere Bestätigung der von allen einsichtsvollen Personen anerkannten absoluten Notwendigkeit der Wiederimpfung bei den meisten Menschen. Im ganzen erhielt A. bei 45,57% typische Impfpusteln, unvollständige bei 41,14% und ein negatives Resultat bei 13,29%. Von den Geimpften unterscheidet er 3 Gruppen: 88 Schwestern, welche mit wenigen Ausnahmen beim Dienstantritt vor nicht allzuvielen Jahren zum zweiten Male geimpft waren; 15 Oberschwestern, bei denen die Wiederimpfung lange zurückdatierte, und 55 Mägde, welche seit dem Säuglingsalter nicht wieder geimpft waren. Bei letzteren war die Wiederimpfung in 76,86% vollständig, bei 20% unvollständig erfolgreich, während nur bei 3,64% der Ausfall ein negativer war. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Beitrag zur Vaccination Schwangerer, Wöchnerinnen und Neugeborener, von H. Palm-Göttingen. (*Arch. f. Gynäk.* Bd. 62. H. 2.) Bei Gelegenheit einer in der Stadt auftretenen Pockenepidemie wurde in der Frauenklinik die Vorsicht gebraucht, sämtliche zur Aufnahme gelangenden Frauen, sowie die neugeborenen Kinder bis zum Erlöschen der Krankheit in der Umgegend zu impfen. Das Material umfaßte 92 Frauen und 70 Kinder. In keinem einzigen Falle hatte die Vaccination irgend welchen wirklichen Nachteil zur Folge, selbst wenn sie unmittelbar vor der Geburt ausgeführt wurde. Auch vertrugen die Neugeborenen schon am ersten Tage ihres Lebens dieselbe gut; dagegen macht P. darauf aufmerksam, daß die Technik der Impfung in so frühem Lebensalter wegen der Beschaffenheit der Haut, Enge des Impffeldes und Entwickelung von Lanugohaaren viel schwieriger ist als bei etwas älteren Kindern. Als weiteres Ergebnis seiner Beobachtungen ist zu konstatieren, daß eine wirkliche Immunisierung des Fötus durch die Vaccination der Mutter niemals zu beobachten war. Die von manchen anderen Autoren mitgeteilten Beobachtungen von Mißerfolg von Impfungen an Neugeborenen nach erfolgreicher Impfung der Mutter während der Gravidität glaubt Verfasser im großen und ganzen auf die oben angeführten technischen Schwierigkeiten zurückführen zu können.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Unfreiwillige Vaccination, von MacLennan. (*Brit. med. Journ.* 8. Juni 1901.) Am 23. Februar 1901 hatte sich der erwachsene Patient aus Glasgow, der es für überflüssig gehalten, sich impfen zu lassen, am Kinn gekratzt; vier Tage später bildete sich eine Schuppe. Am 5. März war eine wohl entwickelte Vaccinepustel sichtbar. Der Patient konnte wegen des geschwollenen Kinns kaum den Mund öffnen. Wegen der Entstehungsursache befragt, giebt er an, daß er möglicherweise ein Handtuch gebraucht habe, mit welchem sich einige kurz vorher geimpfte Familienmitglieder abgetrocknet hätten. *C. Berliner-Aachen.*

Über die Reinheit des Impfmaterials, von Charles W. Dulles-Philadelphia. (*Phil. med. Journ.* 7. Dez. 1901.) In der Überzeugung, daſs bei der Beurteilung des Impfmaterials und Hinausgabe desselben bis jetzt die bakteriologische Untersuchung berücksichtigt wurde, nahm D. eine solche in eingehender Weise an dem klinischen Laboratorium zu Philadelphia vor. Die Plattenreinkulturen ergaben eine Anzahl von Kolonien, welche zum gröſseren Teile in ihrer Form baumartig verzweigt waren und die gewöhnlichen, in der Luft vorhandenen, Saprophyten vermuten lieſsen; auf den meisten Plattenkulturen waren jedoch auch einige wenige, sehr dünne Kolonien vorhanden, welche Kokken angehörten. Verfasser hat die Absicht, noch weitere Untersuchungen über den spezifischen Charakter der Mikroorganismen zu machen, die in einem Impfmaterial zu finden sind, welches er bisher in der Annahme völliger Keimfreiheit benützte. D. glaubt, daſs manche von den eigentümlichen Veränderungen, welche trotz der genauesten Asepsis bei der Impfung und späteren Behandlung des Falles zur Beobachtung kamen, auf unreines Impfmaterial zurückzuführen sind; weiterhin kann er den Gedanken nicht von sich weisen, daſs in der Darstellung des Lymphstoffes manchmal Verunreinigungen unterlaufen, welche für spätere Mifserfolge verantwortlich sind. Bei dem kolossalen Bedarfe an Lymphe muſs es, so schlieſst D., übrigens als Entschuldigung gelten, wenn die Zeit von vollen vier Wochen, welche für die Einwirkung des Glycerins absolut notwendig ist, von manchen Versendern nicht strikte eingehalten wird, und der Arzt in die Lage kommt, nicht keimfreie Lymphe zu verwenden. *Stern-München.*

Vorläufige Mitteilung über die Kultivierung der Mikrobien der Vaccinia und Variola, von S. M. Copeman. (*Brit. med. Journ.* 23. Febr. 1901.) Nach der von Nocard und Roux beschriebenen Methode der Reinzüchtung des Mikroorganismus der Pleuro-Pneumonie verfuhr Verfasser bei seinen Untersuchungen, welche die Kultivierung des spezifischen Organismus der Variola und Vaccinia zum Zwecke hatten. Es wurden Collodiumkapseln mit Fleischbrühe gefüllt und mit einer Spur von Glycerin-Vaccine-Lymphe, welche frei von sonstigen Mikrobien war, beschickt, versiegelt und innerhalb der Peritonealhöhle von Kaninchen und Hunden plaziert. Blieben die Kapseln während des 8—14tägigen Aufenthaltes in der Peritonealhöhle völlig intakt, so konnte man in dem mit Methylenblau gefärbten und mikroskopisch untersuchten Inhalt zahlreiche Zoogloeamassen nachweisen, welche aus sporenähnlichen Körpern bestanden. Dieselben hatten nur in der Peripherie den Farbstoff aufgenommen. Andere Bakterien fehlten entweder ganz oder waren in sehr geringer Zahl vorhanden. Der flüssige Inhalt dieser Kapseln, auf Kälber überimpft, war imstande, einen typischen Vaccineausschlag hervorzurufen. Verfasser und Dr. Fremlin haben jüngst sowohl im Epithel der Vaccinebläschen beim Kalbe und in den Blattern beim Menschen einen, wie es scheint, beiden Affektionen identischen Mikroorganismus gefunden. *C. Berliner-Aachen.*

Der ätiologische Faktor bei der Vaccinia und Variola, von R. Farrar. (*Brit. med. Journ.* 2. März 1901.) Der Verfasser wendet sich gegen die von Funck aufgestellten Thesen, die er als trügerische, jedenfalls noch des Beweises bedürftige Schlüsse ansieht. Das sogenannte „Sporidium vaccinale", das nach Pfeiffer und Funck ein Protozoon sein soll, ist von anderen, sehr hervorragenden Forschern als degenerierter Kern einer Epithelialzelle erklärt worden. *C. Berliner-Aachen.*

Die Bakterien der Kälberlymphe, von Fremlin. (*Brit. med. Journ.* 25. Mai 1901.) Die Untersuchung des von 500 Kälbern herrührenden Vaccinematerials ergab vorwiegend 4 Mikroorganismen: den Staphylococcus pyogenes aureus, Staphylococcus

pyogenes albus, einen Bacillus anonymus und den Staphylococcus cereus albus. Der erste kommt konstant vor; der zweite fehlt selten; der dritte zeigt sich nur nach Gebrauch einer eigentümlichen deutschen Lymphe; der vierte war in etwa 60% der Präparate vorhanden. *C. Berliner-Aachen.*

Die Merkmale der echten Vaccine; Erfahrungen mit Glycerinlymphe, sowie einige statistische Angaben über die herrschende Variola-Epidemie, von W. M. Welch und J. F. Schamberg-Philadelphia. (*Philad. med. Journ.* 23. Nov. 1901.) Eine Abnormität, welche zwar nicht ganz selten sei, aber nicht allgemein richtig gewürdigt werde, ist, wie Verfasser ausführen, die „Himbeerwucherung" an der Impfstelle, welche anfangs wie richtige Vaccine aussieht, aber keine Bläschen bildet und Wochen und Monate wie harte, hellrote, knotenförmige Erhebung bestehen bleibt, um schliefslich ohne Narbenbildung zu verschwinden. Ganz anders als in Deutschland haben viele amerikanische Ärzte gefunden, dafs die Glycerinlymphe weniger wirksam war als die früher gebräuchlichen Elfenbeinspitzen mit angetrockneter Lymphe. W. und Sch. stimmen allerdings dem gar nicht bei. Die häufigere Entstehung schwerer entzündlicher Reaktionen glauben sie durch die Verwendung der ganzen Vesikeln zur Lymphbereitung, statt blofs die klare Flüssigkeit zu nehmen, vielleicht erklären zu dürfen. Das Vorhandensein von Krankheiten, wie Scharlach und Diphtherie ist keine Gegenindikation gegen das Impfen. Bei vorherrschender Epidemie von Pocken ist es ratsam, die Kinder alsbald nach der Geburt zu impfen. Im Jahre 1901 sind (bis 13. Nov.) ungefähr 800 Pockenfälle im städtischen Krankenhause in Philadelphia aufgenommen worden. Kein einziger der Patienten war innerhalb eines Zeitraums von 10 Jahren mit Erfolg geimpft worden, mit Ausnahme eines Knaben, der seiner Erkrankung wegen nicht einmal bettlägerig war. Durchschnittlich hatten die nie geimpften Personen eine Mortalität von 33%, die geimpften von 11%.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Impfung in Beziehung zu Hautkrankheiten und Impfausschläge, von Arthur van Harlingen-Philadelphia. (*Philad. med. Journ.* 25. Jan. 1902.) Verfasser unterscheidet mit Morris-Crocker unter den Exanthemen nach Impfungen:

I. Exantheme durch reine Vaccine-Inokulation. A. Sekundäre lokale Inokulation, kommt besonders in Anstalten zur Bereitung der Lymphe vor; in schnellem Tempo können mehrere Efflorescenzen auftreten, indem das Virus von den Händen auf Gesicht, Auge, Nase, Mund, Penis und sogar Zungenrücken übertragen wird. B. Exantheme innerhalb der ersten 3 Tage, vor dem Auftreten der Bläschen: Urticaria, Erythema multiforme, vesikuläre und bullöse Exantheme. C. Exantheme nach dem Auftreten der Bläschen, durch Resorption des Virus: Roseola, masernähnlich, Erythem, scharlachähnlich, Erythema multiforme, Vaccine-Lichen, beginnt am 4.—18. Tage, meist am 8., in der Hälfte der Fälle an den Armen, sonst am Rumpf, Hals, Gesicht, kann sich gleichmäfsig über den ganzen Körper verbreiten, dauert gewöhnlich nur wenige Tage. Ferner generalisierte Vaccine, in mancher Hinsicht dem allgemeinen Ausbruch einer Infektionskrankheit nach einer Inkubationsperiode analog; beobachtet in Form pustulöser pockenähnlicher und bullöser, an Dermatitis herpetiformis erinnernder Eruptionen. Vielleicht entsteht durch die Impfung bei prädisponierten Personen ein Toxin, das diese Erscheinungen hervorruft (Bowen). D. Exantheme im Gefolge der Impfung: Ekzem, Psoriasis, Urticaria, zufällige Nachkrankheiten ohne engeren Zusammenhang mit der Vaccination.

II. Exantheme durch gemischte Inokulation. A. Bei der Vaccination eingeimpft: Impetigo contagiosa und Erythem als lokale Krankheiten,

Syphilis, Lepra, Tuberkulose als konstitutionelle, die letzteren sehr selten geworden und jetzt gänzlich vermeidbar. B. Nach der Vaccination in die Wunde eingeimpft: Erysipel, Phlegmone, Furunkulose, Gangrän, Pyämie.

Auf den Verlauf schon bestehender Hautaffektionen scheint die Impfung meist keinerlei Einfluſs zu üben. Ein Kind mit diffuser Impetigo wurde geimpft ohne Wirkung auf das Exanthem. Als die Impfbläschen abgeheilt waren, traten ausgeprägte Varicellen auf; die Impetigo verschwand dabei äuſserst schnell. Einzelne Varicellen besetzten die verfärbten Stellen, von denen kaum die Impetigopusteln verschwunden waren; andere saſsen dort, wo keine Impetigines lokalisiert gewesen waren, und solche nahmen impetiginösen Charakter an. Nach der Abheilung der Varicellen entwickelte sich an der Stelle der ursprünglichen Impetigo ein ekzemartiges Exanthem. — Die Impfung soll unter den Kautelen einer chirurgischen Operation vorgenommen werden, natürlich darf nicht die Vaccine selbst durch zu starke Antiseptica unwirksam gemacht werden. Nach Entwickelung der Bläschen ist ein antiseptischer Verband durchaus angebracht. *Max Levor-Hamburg.*

Erythema multiforme und die Vaccination, von Norman Walker. (*Brit. med. Journ.* 18. Mai 1901.) Seit dem ersten im April 1901 (*Scottish medical and surgical Journal*) publizierten Falle von Erythema multiforme, der den echten Pocken sehr ähnlich sah, hat Verfasser Gelegenheit gehabt, vier andere zu beobachten. Bei allen lag die Vaccination einige Wochen zurück, und war Glycerinlymphe zur Anwendung gekommen. Die Krusten waren bereits abgefallen. Nur in einem Falle war eine Vernarbung noch nicht eingetreten. Als es zum Ausbruch des Erythema multiforme, namentlich an den Händen und im Gesichte, kam, entwickelten sich gleichzeitig an den Impfstellen frische Bläschen, wie wenn eine neue Impfung stattgefunden hätte. *C. Berliner-Aachen.*

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Ein Besuch der Leprainsel Molokai, von P. M. May. (*Brit. med. Journ.* 8. Juni 1901.) Der Verfasser hat gelegentlich einer Expedition nach den Südseeinseln die Leprösen auf Molokai besucht. Niemand würde beim Anblick dieses schönen Platzes mit seinem herrlichen Klima und seiner pittoresken Umgebung glauben, daſs hier eine so häſsliche Krankheit, wie die Lepra, hausen könnte. Doch befanden sich einige der schlimmsten Fälle auf der Insel. Im ganzen waren es neun Leprösa. Verfasser beschreibt einige derselben näher. Innerhalb eines Zeitraumes von 17 Jahren kamen 29 Fälle vor, von denen 20 starben. Bei zwei Patienten konnte man im Zweifel sein, ob es sich wirklich um Lepra handelte. Verfasser hält es nicht für gerechtfertigt, daſs man solche „suspekte“ Fälle unter die Leprösen versetzte und nicht anderswo isolierte.

Das Ergebnis seines Besuches auf Molokai faſst er in folgenden Sätzen zusammen:

1. Ein Medizinalbeamter sollte von der Regierung beordert werden, vierteljährlich wenigstens einmal, wenn nötig öfter, die Insel zu besuchen und vor allem die suspekten Fälle von den notorisch Leprösen abzusondern.

2. Intelligente Eingeborene sollten unterrichtet werden, Medikamente zu bereiten, Verbände anzulegen und den Patienten mehr Hülfe zu leisten, als es jetzt geschieht.

3. In einer den Bewohnern verständlichen Sprache sollten dieselben dahin aufgeklärt werden:

a) dafs die Lepra eine ansteckende, durch den Verkehr mit Kranken übertragbare Krankheit sei, dafs deshalb die Leprösen streng isoliert werden müfsten;

b) dafs dieselben zu penibler Reinlichkeit anzuhalten seien;

c) dafs jede Cohabitation mit Leprösen strengstens zu meiden sei;

d) dafs kein Lepröser aus irgend welchem Grunde die Insel Molokai verlassen dürfte. *C. Berliner-Aachen.*

Über ein beabsichtigtes „Privatsanatorium" für Leprakranke in der Gemeinde Rouceux bei Neufchateau (Vogesen), von E. Besnier-Paris. (*Bull. de l'Acad. de Méd.* 21. Mai 1901.) Ein Menschenfreund hatte den Plan gefafst, in genannter leprafreien Gegend ein „Privatsanatorium" für Leprakranke zu errichten. Infolge energischen Protestes der Gemeinde wurde die behördliche Genehmigung hierzu versagt, und die Academie de Médicine erhielt die Aufforderung ein Gutachten zur Frage abzugeben. Unter Benutzung von Äufserungen seitens O. Hansen, Ehlers, Borck, Neisser und Blaschko formuliert Verfasser seine Meinung dahin, dafs bei angemessener Beaufsichtigung ein derartiges Institut in einer Lepragegend von wirklichem Nutzen sein könnte und andererseits keine gesundheitsschädlichen Nachteile für die Allgemeinheit bedingen würde, dafs aber nach dem gegenwärtigen Stande der französischen Gesetzgebung eine derartige Beaufsichtigung nicht möglich sei. Es soll eine Kommission zur Feststellung der nötigen Vorschläge eingesetzt werden. — Im übrigen ist man sich ziemlich einig, dafs eine leprafreie Gegend allerdings durch ein derartiges Sanatorium materiell sehr geschädigt werden kann.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Morvans Krankheit (?) oder Lepra, von D. Douglas-Crawford-Liverpool. (*Lancet.* 5. Okt. 1901.) Ein 27jähriger Kalksteinbruch-Arbeiter wurde wegen einer fluktuierenden Schwellung der rechten Schulter aufgenommen. Derselbe hatte fünf Jahre vorher angefangen, an Rhagaden der Hände zu leiden, was er zunächst auf den Kalk schob; bei Aussetzen der Arbeit während sechs Monaten trat aber keine Besserung ein, und im weiteren Verlauf kamen noch zahlreiche Panaritien an verschiedenen (fünf) Fingerspitzen hinzu und führten zu Knochennekrosen. Die (absolut schmerzlose) Incision der Schulter entleerte etwas dünnen Eiter. Seitdem ist (seit Mai 1900 bis Juli 1901) mehrmals die Schulter punktiert worden. An verschiedenen Stellen war die Empfindung für Hitze, Kälte und Schmerz beeinträchtigt und die Reflexe waren gesteigert, was mit Morvans Beschreibung seiner Krankheit übereinstimmt. Patient war niemals aus England hinausgekommen und bot andererseits keine Anhaltspunkte für Syphilis dar. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Isolierung der Leprösen ist eine Notwendigkeit, von A. H. Ohmann-Dumesnil-St. Louis. (*St. Louis med. Journ.* Nov. 1901.) Für einen Chinesen, bei dem zufällig Lepra entdeckt wurde und den man aus Mangel an geeigneten Vorkehrungen weder passend unterbringen noch auch fortschicken konnte, mufste die Stadt St. Louis unter erheblichen Kosten ein besonderes Isolierhaus errichten und für Wartung und Unterhalt sorgen. Aus diesem Anlafs verlangt Verfasser energisch die Errichtung von Leprosorien in allen civilisierten Staaten und Isolierung aller Leprösen auf Grund internationalen Abkommens. *Max Levor-Hamburg.*

Sind Fische der „dritte Faktor" bei der Verbreitung der Lepra? von Albert S. Ashmead-New York. (*St. Louis med. Journ.* Nov. 1901.) In seinem Bericht

über die Lepra in Neusüdwales erwähnt Thompson-Sydney eine bereits früher von ihm berichtete merkwürdige Thatsache. An der ganzen australischen Ostküste (Victoria, Neusüdwales, Queensland) sind seit vielen Jahren aus den verschiedenen Rassen, die Leprafälle in Australien gestellt haben, Farbige eingewandert und haben sich im Lande ungehindert bewegt. Trotzdem sind nicht nur alle Weifsen in Victoria von Lepra verschont geblieben, sondern die Krankheit ist hier auch unter den Farbigen unabhängig von einschränkenden Mafsregeln verschwunden. In Neusüdwales gab es umgekehrt zur selben Zeit ziemlich viele lepröse Weifse, lange bevor eine erheblichere Anzahl von Leprafällen unter den Chinesen und anderen Einwanderern bemerkt war. Zur Erklärung, weshalb die Infektion in Neusüdwales Fufs fafst, in Victoria nicht, hält Thompson die Annahme eines dritten ätiologischen Faktors für unabweisbar. nämlich neben der hypothetischen direkten Ansteckung durch Kranke und der indirekten Ansteckung plus natürlicher Disposition. Ashmead vermutet diesen dritten Faktor in einem Zusammenhang zwischen bestimmten, als Nahrung dienenden Fischen der Lepraländer und der Ausbreitung der Lepra, vielleicht ein Zwischenwirtsverhältnis. Man sollte den Leprabacillus in Hawaii oder anderen Lepraländern auf die dort vorkommenden Fische zu übertragen versuchen. Verfasser selbst mufste seine Untersuchungen mangels geeigneten Fischmaterials einstellen. *Max Levor-Hamburg.*

Beitrag zur Histopathologie der Lepra, von Michelazzi. (*Giorn. internaz. delle Scienze med.* 1902. No. 22.) Nach den histologischen Untersuchungen des Verfassers wäre die Virchowsche Leprazelle weiter nichts, als eine mit Bacillen gefüllte, hydropische Endothelzelle mit Atrophie des Protoplasmas und des Kerns. Der Leprabacillus würde durch die Knäueldrüsen eliminiert werden und auf diesem Wege übertragbar sein. Beim leprösen Prozesse kann es zur Bildung von Riesenzellen kommen. Kommt bei der Lepra der spezifische Bacillus in den Gefäfsen vor, so entsteht eine schwere Veränderung der roten Blutkörperchen mit reichlicher Pigmentbildung, wie bei jeder anderen bakteriellen Blutintoxikation. Es giebt eine viscerale Form der Lepra, bei der die nervösen Läsionen — durch Propagation und niemals primär — nur in den Hautverästelungen der Nerven angetroffen werden.

C. Müller-Genf.

Die Behandlung zweier Fälle von Nervenlepra, von G. Thin. (*Brit. med. Journ.* 4. Mai 1901.) Der erste Fall betraf einen 11jährigen Knaben, der seit seinem vierten Lebensjahre an Lepra maculo-anaesthetica litt und ein bejammernswertes Krankheitsbild darbot.

Der Verfasser verordnete eine durch Monate und Jahre fortgesetzte Behandlung mit Chaulmoogra-Öl innerlich und äufserlich und warmen Borsäurebädern. Aufserdem sollte Patient stets in guter Luft gehalten und kräftig ernährt werden. Die Vorschriften wurden von der Mutter des Knaben genau befolgt. Derselbe erhielt in steigenden Dosen (von 3—7 Tropfen) Chaulmoogra-Öl, letzteres später in Kapseln. Täglich vor dem Schlafengehen wurde der ganze Körper des Patienten mit Chaulmoogra-Öl eingerieben. Am Morgen erhielt er ein warmes Borsäurebad. Durch mehr als zwei Jahre nahm der Knabe Chaulmoogra-Öl. Schon sechs Monate nach Beginn der Behandlung setzte die Besserung ein und machte bis zum völligen Schwund fast aller Erscheinungen ganz wunderbare Fortschritte. Verfasser hatte Gelegenheit den Patienten nach zwei Jahren zu sehen und war ob des erzielten Resultates geradezu verblüfft.

In dem zweiten Falle von Nervenlepra, der zwei makulo-anästhetische, erhabene, grofse Plaques im Gesichte und auf dem Rücken zeigte, bestand die Behandlung in lange fortgesetzten Applikationen einer 5%igen Pyrogallolsalbe auf die befallenen

Partien und in innerlichen Gaben von Gurjun-Öl und zwar zweimal täglich 3,75 g. Im ersten Jahre der Behandlung waren einige neue anästhetische Stellen entdeckt worden.

Verfasser sah den Patienten 3—4 Jahre nach Beginn der Behandlung wieder und konnte zu seiner grofsen Freude konstatieren, dafs die Sensibilität an den früher erkrankten Stellen wieder vollständig zurückgekehrt, die Plaques fast gänzlich verschwunden waren. Der Patient erfreute sich eines vortrefflichen Allgemeinbefindens. Verfasser ist überzeugt, dafs neben dem Gurjun-Öl die Pyrogallolsalbe nach Unnas Empfehlung Gutes geleistet habe. *C. Berliner-Aachen.*

b. *Tuberkulose.*

Tuberkulöse Hauterkrankungen, von G. H. Lancashire. (*Brit. med. Journ.* 1. Juni 1901.) In der klinischen Gesellschaft von Manchester demonstrierte der Verfasser einige Fälle, welche den zwei pathologischen Gruppen der Hauttuberkulose angehören:

I. Gruppe. Die bacillären Tuberkulide mit Hautläsionen, welche mikroskopisch alle Elemente des Tuberkels inkl. der Bacillen aufweisen und überimpfbar sind. Dieser Gruppe gehörten an 1. ein Fall von Lupus verrucosus der Hand; 2. ein Fall von Lupus vulgaris der Nase; 3. ein Fall von tuberkulöser Ulceration auf dem Handrücken mit epithelialer Perforation, entstanden durch einen Bifs; 4. ein Fall von ausgedehntem Lupus vulgaris des Armes; 5. ein Fall von Scrophuloderma der Wange bei einem Kinde.

II. Gruppe. Toxin-Tuberkulide, bei welchen die Läsionen Riesen- und epithelioide Zellen, aber keine Bacillen enthalten und deshalb nicht überimpfbar sind. Ein dieser Gruppe angehörenden Fall die papulo-nekrotischen Toxi-Tuberkulide, wie sie Hallopeau beschrieben hat. Dieselben treten in Gruppen hauptsächlich an den Ellenbogen und Knien auf und bestehen aus kleinen, braunroten Papeln mit nekrotischen Centren. — Sie haben insofern eine Bedeutung, als sie auf das Vorhandensein eines tuberkulösen Herdes an irgend einer Körperstelle hinweisen. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von Arthritis tuberculosa des Ellenbogens und von Lupus vulgaris; Behandlung mit Phototherapie, von G. Hurtado. (*Revista Ibero-Americana de Ciencias medicas.* 1901. No. 12.) Ein 28jähriger Bursche erhielt einen Revolverschufs in den Arm, welcher bedeutende Verletzungen verursachte. Es entstand eine tuberkulöse Arthritis des Gelenkes mit papulo-ulcerösen Veränderungen der Haut in derselben Region; letztere erwiesen sich als Lupus. Verfasser hatte zuvor noch nichts von den Finsenschen Veröffentlichungen gewufst, wandte aber trotzdem die Phototherapie, allerdings ohne besonderes Instrumentarium an, weil er der Wirkung der Sonnenstrahlen eine besondere therapeutische Bedeutung zuschrieb. Verfasser begnügte sich damit, den Arm des Patienten zu entblöfsen und ihn täglich während 20 Minuten den direkten Sonnenstrahlen auszusetzen; nachher bedeckte er die Stelle einfach mit aseptischer Gaze. Nach 1½ Monat war der lupöse und arthritische Prozefs abgeheilt. Es handelte sich nun noch darum, die Ankylose des Gelenkes zu heben, welches in gradliniger Stellung fixiert war. Dies wurde natürlich auf operativem Wege erzielt. *C. Müller-Genf.*

Zur Klinik und Histologie der Folliclis, von Arthur Alexander-Breslau. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1901. No. 6.) Bei einem 15jährigen Mädchen, das aus tuberkulöser Familie stammt und dessen linke Lungenspitze suspekt ist, traten seit etwa zwei Jahren typische Folliclis-Eruptionen an Armen und Beinen auf: rötlich-

blaue, tiefliegende, mit Krusten bedeckte Knötchen, die in kraterförmige Geschwüre zerfielen und spontan mit weiſsen, braun umrahmten Narben abheilten. Am ausgedehntesten waren die Schübe im Herbst bei Eintritt der Kälte. Den Zusammenhang mit Tuberkulose läſst Verfasser unentschieden. Er betont nur die klinische Selbstständigkeit der Krankheitsform, ohne aber der von Barthélémy hervorgehobenen Lokalisation an Vorderarmen, Handrücken und Ohren entscheidende Wichtigkeit beizumessen. Es werden noch fünf Fälle mitgeteilt, in denen bei Kindern mit Tuberkulose der inneren Organe Folliclis-ähnliche Knötcheneruptionen auftraten. Auch diese Formen, sonst als Acne cachecticorum beschrieben, sind mit Rücksicht auf die gemeinsame tuberkulöse Grundkrankheit, das schubweise Auftreten der Knötchen, die charakteristischen Narben und die histologischen Befunde — Vorwiegen thrombophlebitischer Prozesse — der Sammelgruppe der Tuberkulide, speziell der Gruppe Folliclis zuzuweisen. *Max Levor-Hamburg.*

Die moderne Behandlung der Tuberculodermata, von Noah H. Aronstam-Detroit. (*Journ. of Tuberculosis.* Okt. 1901.) Der Autor, welcher schon bei früherer Gelegenheit den Ausspruch gethan hatte, daſs alle Hautkrankheiten mit wenigen Ausnahmen durch die Wirkung von Mikroorganismen entstehen, geht jetzt noch einen Schritt weiter und schreibt eine groſse Anzahl von Hautkrankheiten der Einwirkung des Tuberkelbacillus zu. Lupus vulgaris sei jedenfalls dazu zu rechnen, Scrophuloderma und Ekzem, speziell bei Kindern, seien in vielen Fällen abgemilderte Formen einer allgemeinen tuberkulösen Dyscrasie, Ecthyma und Lichen sind das Resultat einer Mischinfektion, bei welcher Tuberkelbacillen gefunden worden sind und schlieſslich hat der Tuberkelbacillus eine auffallende Ähnlichkeit mit dem Leprabacillus. Die Behandlung aller dieser Hautausschläge teilt A. ein in eine prophylaktische — Isolierung der Lupus- und Leprakranken, bei den anderen erwähnten Hautausschlägen wirksame und prompte Desinfektion ohne Isolierung —, diätetische und hygienische, mechanische oder lokale und konstitutionelle oder Allgemeinbehandlung. Bezüglich der Diät sind alle scharfgewürzten Speisen zu verbieten, Milch, Buttermilch u. s. w., ferner möglichst viel Aufenthalt in frischer Luft (Sonnenschein) zu empfehlen. Als lokale Behandlungsmittel stehen für A. in erster Linie die Lichtstrahlen (nach Röntgen und Finsen) bei allen Formen von tuberkulösen Hautausschlägen, daneben sind jedoch je nach Umständen die verschiedenen antiseptischen Mittel nicht zu vernachlässigen. Bezüglich der Allgemeinbehandlung gelten die Mittel und Vorschriften, wie sie überhaupt gegen die Tuberkulose gebräuchlich sind: Leberthran, die Hypophosphite, Kreosot, Malz, Arsenik; auch die subcutane Behandlung der Tuberkulide mit Tuberkulin und dem wässerigen Extrakt der Tuberkelbacillen sollte versucht werden, da dieselben schon in manchen Fällen sich wirksam gezeigt habe. Kurz, da diese Hautausschläge nur der lokale Ausdruck einer tuberkulösen Dyskrasie seien, so sollten sie wie Fälle von Tuberkulose anderer Organe behandelt werden. *Stern-München.*

Histologische Veränderungen des lupösen Gewebes nach Röntgenbehandlung, von C. Grouven-Bonn. (*Fortschr. f. Röntgen.* V, Heft 3.) G. bringt die Krankengeschichte eines mit Lupus der Wangen behafteten Mannes, welcher mit Röntgenstrahlen behandelt und dem zwecks Untersuchung ein Stück des behandelten Lupusgewebes excidiert wurde. Gute Illustrationen zeigen die rückbildende Wirkung des Verfahrens. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Vier Fälle von Epitheliom auf lupöser Basis, von A. Morelle. (*Presse méd. belge.* 1901. No. 34.) Diese Beobachtungen, welche sämtlich weibliche Kranke

betrafen, sind vom Verfasser folgendermafsen resümiert: I. Frau, 58 J., Epitheliom auf Lupus des Gesichts; papillomatöse Form. Exstirpation; nach fünf Jahren kein Rezidiv. II. Frl., 58 J., Epitheliom am Mundwinkel auf der Basis eines sehr disseminierten Lupus; ulceröse Form; palliative Behandlung; Tod binnen vier Monaten. III. Frau, 42 J., Epitheliom an der Unterkiefergegend auf lupöser Basis. Exstirpation; Rezidiv nach vier Monaten. IV. Frl., 51 J., Epitheliom auf Lupusgebiet an der Wange; Exstirpation beider Affektionen, Heilung des Epithelioms, Rezidiv des Lupus; Tod zwei Jahre später an einer anderweitigen bösartigen Neubildung im Abdomen. Verfasser betont die Wichtigkeit einer frühzeitigen (mikroskopischen) Diagnose und gründlicher operativer Entfernung der Neubildung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Erfolge der Phototherapie bei der Behandlung des Lupus tuberculosus, von Leredde und Pautrier. (*Bull. de la Soc. thérap. bactériol.* 1901.) Die so wichtige Frage der Behandlung des tuberkulösen Lupus kann nur an der Hand einer genauen Statistik beurteilt werden. Nur zu viele Ärzte übersehen die wirkliche Schwere des Übels und dessen häufige Unheilbarkeit nach den alten Methoden der Behandlung und zwar aus dem Grunde, weil es an Dokumenten fehlt, welche ihre Unzulänglichkeit darlegen.

Im Verlaufe eines Jahres haben wir 43 an Lupus faciei leidende Patienten behandelt. Die Dauer der Affektion variierte bei ihnen von 1—35 Jahren. Bei 20 bestand sie seit weniger als 10, bei 13 weniger als 20 und bei 10 seit 20—35 Jahren.

Mit Ausnahme von dreien waren alle vor der Anwendung der Phototherapie nach den verschiedensten Methoden behandelt worden: zahllose Salben und Pflaster, kaustische Mittel (Argentum nitricum 115, Milchsäure 210, Kalium permanganicum 20 etc.); aufserdem: 5 Auskratzungen, 205 Tuberkulininjektionen, 61 Sitzungen von Elektrotherapie (Ströme höher Frequenz), 17 tiefe Ätzungen unter Chloroformnarkose, 908 Sitzungen mit Skarifikationen, 1796 Sitzungen von Thermo- und Galvanokaustik.

Nicht bei einem einzigen dieser Patienten war mit diesen Behandlungsmethoden eine vollständige Heilung auch nur eines etwas ausgedehnten Gebietes erreicht worden. Bei einem Patienten war die erkrankte Stelle excidiert worden und trotzdem folgte ein Rezidiv. Mit einem Worte, die grofse Mehrzahl unserer Patienten mufste bei Anwendung der alten therapeutischen Methoden als unheilbar betrachtet werden.

Die Resultate unserer Statistik nach 14monatlicher Behandlung sind folgende:

8 Patienten scheinen definitiv geheilt zu sein.

Bei 7 weiteren scheint dasselbe der Fall zu sein, es ist aber angezeigt, sie weiter zu beaufsichtigen.

Bei 10 anderen liegt eine segmentäre Heilung vor, das heifst gröfsere Regionen sind abgeheilt und eine vollständige Heilung ist in nächster Zeit zu erwarten.

Bei 4 Patienten ist vollständige Heilung nach längerer Zeit vorauszusehen.

5 werden voraussichtlich heilen, jedoch erst nach ziemlich langer Zeit.

5 Patienten, die alle als heilbar zu betrachten sind, haben sich der weiteren Behandlung entzogen aus Gründen, die mit den Erfolgen derselben nichts zu thun haben.

Bei 4 Patienten haben wir die Phototherapie für nutzlos betrachtet; bei zweien war der Lupus unheilbar, bei einem anderen haben wir die Ablation vorgezogen und in einem vierten sind Lungen- und Lymphdrüsenkomplikationen hinzugetreten, so dafs wir es für angezeigt erachteten, die Behandlung einzustellen.

Auf die ästhetischen Vorzüge und die Schmerzlosigkeit des Verfahrens wollen wir hier keinen Nachdruck legen; dieselben haben sicher ihre Wichtigkeit, wir halten sie aber von blofs sekundärer Bedeutung.

Die statistischen Angaben von Finsen, welche weit ausgedehnter und älter sind, als die unserigen, lassen uns andererseits Schlüsse ziehen über den Wert der Phototherapie in Bezug auf das Ausbleiben von Rezidiven.

Wir ziehen daraus folgende Schlufsfolgerungen:

Die Phototherapie heilt in der Mehrzahl der Fälle von lupösen Erkrankungen, welche allen anderen älteren therapeutischen Methoden getrotzt haben.

Unter allen Behandlungsmethoden des Lupus ist sie im allgemeinen, mit Ausnahme der chirurgischen Exstirpation, die kürzeste und billigste.

Die anderen Behandlungsmethoden sind auf spezielle Fälle zu beschränken. Die Phototherapie bleibt aber die wichtigste von allen und ihre Anwendung ist meist von Anfang an indiciert; jedenfalls soll sie überall da angewendet werden, wo die anderen fehlgeschlagen haben. *C. Müller-Genf.*

Die gegenwärtige Stellung der Lichtbehandlung bei Lupus, vom Herausgeber des *Brit. med. Journ.* (4. Jan. 1902.) Verfasser schildert ausführlich an der Hand von Abbildungen den im London Hospital gebräuchlichen Apparat (bei welchem die Lortet-Genoudsche Lampe verwendet wird), dessen Vorzüge in gröfserer Billigkeit (ca. 400 Mk. Anschaffungskosten und ca. 20 Pf. pro Stunde Gebrauchskosten pro Patient), gröfserer Einfachheit und gröfserer Bequemlichkeit für den Patienten bestehen, sowie vor allem in einer gröfseren Ausdehnung des jeweilig in Behandlung zu nehmenden Gebietes. Eine genaue Schilderung des Apparates läfst sich hier natürlich nicht geben, es sei auf das Original verwiesen. Ferner schildert Verfasser die Kjeldsensche Lampe, bei welcher für das Bogenlicht auf der einen Seite metallisches Quecksilber als Pol dient, wodurch wesentlich mehr chemisch wirksame Strahlen erzeugt werden, und schliefslich wird die mit Eisenelektroden versehene Baresche Lampe erwähnt, welche sehr gute Resultate liefern soll und den Vorzug besitzt, nur etwa Mk. 60 zu kosten. In Bezug auf die bisher erzielten Erfolge wird auf die Mitteilungen von Sabouraud, J. Mackenzie, M. Morris u. a. verwiesen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Finsens Lichttherapie bei Lupus und Ulcus rodens, von M. Morris und E. Dore-London. (*Brit. med. Journ.* 9. Februar 1901.) Die Verfasser geben zunächst einige praktische Winke zur Technik der Lichtbehandlung und teilen dann die Resultate mit, welche sie mit dieser Methode bei Lupus vulgaris, Ulcus rodens und Lupus erythematosus erzielt haben.

In einigen Fällen von Lupus vulgaris war eine einzige Applikation hinreichend, um ein kleines, isoliertes, oberflächlich gelegenes Knötchen zum Verschwinden zu bringen. Bei ausgedehnten Fällen behandelt man täglich eine einzelne aber nicht dieselbe Stelle und kehrt nach einigen Tagen, wenn die Reizung abgelaufen ist, zur erstbehandelten wieder zurück. Ist nur ein kleiner Bezirk erkrankt, so appliziert man das Licht so lange, bis Wundsein und Krustenbildung zum Aufhören zwingen, und beginnt nach einer mehrtägigen Pause wieder mit der Lichtapplikation. — Die Dauer der Behandlung erstreckt sich je nach der Extensität des Falles über Monate und ein Jahr, die nötigen Intervalle mit eingeschlossen. In Fällen von Lupus vulgaris, wo die Haut stark verdickt ist, appliziert man für etwa eine Woche zuerst eine 5%ige Pyrogallolsalbe, läfst dann die wunden Partien abheilen und beginnt hierauf mit der Lichtbehandlung.

In einem Falle von ausgedehntem Ulcus rodens, bei welchem stellenweise der typische harte Rand fehlte, genügte eine einzige Applikation des Lichtes auf diese Stelle, um die Heilung durch rasches Aufschiefsen von gesundem Epithel anzuregen und zu beschleunigen. In Fällen, wo keine Ulceration vorhanden war, folgte auf die

Lichtapplikation Rötung, schwache Hautexcoriation, das Gewächs wurde weicher und verschwand schliefslich. Hier sowohl wie beim Lupus vulgaris zeigen die Lichtstrahlen vor allem eine stimulierende Wirkung auf die Gewebe; es bilden sich gesunde granulierende Flächen; erkranktes Gewebe erweicht und wird zerstört.

Beim Lupus erythematosus war die Wirkung deutlich bemerkbar, aber doch nicht so sicher, wie beim Lupus vulgaris. Noch nicht veraltete Fälle mit geringer oder keiner Narbenbildung eignen sich für die Lichtbehandlung am besten.

Ungeeignet für die Lichttherapie sind folgende Zustände: 1. Narbenbildung; 2. Pigmentation; 3. starke Vaskularisation; 4. starke Verdickung und Induration der Haut; 5. solche Zustände, die durch ihre Lage, beispielsweise in der Augengegend, in der Mund- oder Nasenhöhle, für die Bestrahlung ungeeignet sind.

C. Berliner-Aachen.

Fortschritte auf dem Gebiete der Finsenschen Lupusbehandlung, von Kettenbrecker. (*Centralbl. f. Chir.* 1902. No. 5.) Verfasser beschreibt die im Aufrechtschen Institute in Berlin mit der von Kjeldsen angegebenen neuen Eisenelektrodenlampe „Dermo" angestellten Versuche, welche deren bakterientötende Wirkung illustrieren. *F. Hahn-Bremen.*

I. Bericht über einen intensiven und langdauernden Fall von Lupus, der mit Röntgenstrahlen behandelt wurde, von G. H. Radman - London. (*Lancet.* 16. Nov. 1901.)

II. Über einen mit Röntgenstrahlen behandelten Fall von Lupus vulgaris, von J. C. Squance-Sunderland. (ibid.)

I. Betraf eine 38jährige Frau, bei der Affektion bereits 20 Jahre bestanden hatte. Dauer der Behandlung: 10 Wochen mit 50 Sitzungen von 10—20 Minuten Dauer, bei anfangs 6, später 2½ Zoll Entfernung. Durchaus befriedigender Erfolg.

II. Mädchen von 17 Jahren; die Affektion hatte über zwei Jahre bestanden, trotz Curettierens. Mit Unterbrechungen dauerte die Röntgenbehandlung ein Jahr. Der Erfolg war sehr befriedigend, wie an Abbildung ersichtlich; unerwünscht war, dafs die Behandlung einer Lupusstelle an der Haargrenze zu einigem Haarausfall führte. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Behandlung des Lupus mit blauem, elektrischem Licht, von A. F. Mirim-Petersburg. (*Dtsch. med. Woche.* 1901. No. 51.) M. berichtet über die günstigen Resultate dreier Fälle, die er mit blauem elektrischen Licht behandelte, und empfiehlt diese Methode aufs wärmste, die Infiltrate werden rasch resorbiert, die Schmerzen schwinden, die Geschwüre vernarben schnell. Die Behandlungsdauer ist kurz, schmerzlos und läfst sich auch bei Affektionen der Schleimhäute anwenden, die nach der Finsenschen Methode überhaupt nicht behandelt werden können.

Bernhard Schulze-Kiel.

Zur Innunktionskur der Skrophulose und Tuberkulose, von B. Rohden-Lippespringe. (*Therap. Monatsh.* 1901. No. 8.) Verfasser hat für die Innunktionsbehandlung der Skrophulose und Tuberkulose ein Leberthranseifenpräparat hergestellt, das aus Leberthran, Perubalsam, ätherischen Olen unter Hinzufügung von Wollfett, Glycerin, Fett und einer entsprechenden Menge Alkali gewonnen wird. Das Präparat „Dermosapol" wird durch die Haut leicht resorbiert, ohne irgend welche Reizerscheinungen zu verursachen. Seine fäulniswidrigen, antiphlogistischen Eigenschaften können noch dadurch erhöht werden, dafs man spezifisch wirkende Medikamente mit ihm verbindet. Verfasser empfiehlt das 5%ige Jodkalium-Peruol-Dermosapol, sowie 5%iges Jodkalium- und 5%iges Formalin-Dermosapol für alle tuberkulösen Prozesse,

auch für Lupus; für diesen kommt ferner die Formaldehyd- und die 10%ige Lysoformverbindung in Anwendung. Mit letzterer hat Verfasser auch einige veraltete Psoriasisfälle geheilt. Zur Behandlung der Syphilis wird ein Unguentum Hydrargyri Dermosapol hergestellt. Nach Ansicht des Verfassers steht der Anwendung des Dermosapol und seiner Präparate in der inneren Medizin, Dermatologie, Chirurgie und Gynäkologie ein weites Feld offen. *A. Loewald-Cassel.*

Formalin bei der Behandlung des Lupus vulgaris, von W. Scatchard. (*Brit. med. Journ.* 4. Mai 1901.) Die Behandlung des seit mehr als vier Jahren bestehenden ausgedehnten Falles begann zuerst mit der Entfernung der Krusten durch Kataplasmen; sodann wurden die erkrankten Partien mit einer Lösung von Formalin (Formaldehyd 40%) und Glycerin zu gleichen Teilen bepinselt, nachdem vorher zur Linderung der Schmerzen Orthoform aufgestreut worden war. Nach 14 Tagen waren die Lupusgeschwüre abgeheilt und durch glatte Narben ersetzt. Eine verdächtige Stelle, die sich in der nächsten Zeit entwickelt hatte, wurde durch eine einzige Applikation des Formalins zum Abheilen gebracht. Vom April 1900 bis April 1901 hat sich nichts mehr gezeigt. Das Verfahren ist, wenn man vorher Orthoform aufstreut, fast schmerzlos. *C. Berliner-Aachen.*

Das Serum von Maragliano bei der Behandlung des Lupus, von Vignolo-Lutati. (Turin 1898.) Verfasser hat in fünf Fällen von mehr oder weniger ausgebreitetem Lupus des Gesichts, Halses und der Extremitäten das Serum von Maragliano angewendet, aber mit vollständig negativem Resultate. Da andererseits einzelne andere Forscher über sehr gute Erfolge mit dieser Methode berichtet haben (Garosci und andere), hält er die Untersuchungen über diesen Gegenstand für noch nicht abgeschlossen. *C. Müller-Genf.*

Lupus vulgaris behandelt mit Tuberkulin, von Ch. H. Gunson. (*Brit. med. Journ.* 9. Febr. 1901.) Der Verfasser berichtet über einen Fall von Lupus non-exedens, der erfolgreich und nachhaltig mit Tuberkulininjektionen behandelt worden ist. *C. Berliner-Aachen.*

Die Behandlung von Lupus vulgaris und von tuberkulösen Abscessen mit Wasserstoffsuperoxyd, von C. H. Gunson. (*Brit. med. Journ.* 22. Febr. 1902.) Verfasser will mittelst täglicher Besprayung der lupösen Läsionen mit diesem Mittel, eventuell nach vorherigem Curettieren sehr günstige Resultate erzielt haben. Falls die volle Konzentration zu reizend wirkt, kann man auch eine Verdünnung vornehmen. Nebenbei verwendet er nur eine Salbe von Lanolin mit Jodoform (1 Teil) und Borsäure (2 Teile). Auch gewöhnliche Geschwüre reagieren sehr günstig auf einen Spray mit diesem Mittel. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

In der Pariser Académie de Médecine (Sitzung vom 22. Oktober 1901. Nach *Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 50) sprach Bulle über die **Behandlung des Lupus mit übermangansaurem Kalium**. Bulle hält die Wirkung der Phototherapie bei sehr ausgedehntem Lupus für ungenügend. Er verwendet in solchen Fällen Kompressen, die mit 2%iger Lösung von Kaliumpermanganat getränkt eine Viertelstunde lang auf die zuvor gereinigten Stellen aufgelegt werden. (Wie oft das zu geschehen hat, ist aus dem vorliegenden Referat nicht zu ersehen. Ref.) Mit dieser Behandlung wurde stets Heilung erzielt. — Hallopeau hat diese Methode bei 25 Kranken angewendet und sah die vorhandenen Ulcerationen stets nach einigen Wochen oder Monaten vernarben. Dagegen blieben die Fälle von nicht ulcerierten

Lupus stets unbeeinflufst. In Fällen der letzteren Art, ferner in Fällen, in denen keine vorspringenden Knötchen, sondern nur Gewebsindurationen und tiefliegende miliare Knötchen vorhanden sind, ist die Lichtbehandlung indiciert, dagegen wirkt die Behandlung mit übermangansaurem Kalium bei ausgebreitetem, ulceriertem Lupus rascher und sicherer als jede andere Methode. *Götz-München.*

c. *Syphilis.*

In der *„Med. Woche"*, 1902, No. 3, spricht sich Edwin Klebs-Hannover für die Wahrscheinlichkeit des **amerikanischen Ursprungs der Syphilis** auf Grund seiner Betrachtungen mehrerer alter Gräberschädel aus der Sammlung des Dr. Jones in New Orleans, die aus Steingräbern der sog. Mound-Builders im Missisippithal stammen, und die unverkennbare syphilitische Knochenerkrankungen aufweisen, aus.

Bernhard Schulze-Kiel.

Neuerliche Entdeckungen in Central-Amerika, welche das Vorhandensein der Syphilis dort vor der Zeit von Columbus beweisen, von T. Gann-British Honduras. (*Lancet.* 12. Okt. 1901.) Im allgemeinen scheint es bei den Ureinwohnern Sitte gewesen zu sein, ihre Toten zu verbrennen. Bei Eröffnung eines aus Steinen errichteten Grabhügels hat G. jedoch kürzlich Skelettteile gefunden, bei denen an den Schienbeinen verschiedentliche Verdickungen zu konstatieren waren, welche ganz frappant an syphilitische Exkrescenzen erinnerten. Daneben fand sich eine (im Bericht photographisch wiedergegebene) Thonfigur eines mit der Priestermütze geschmückten Mannes, der an seinem enorm vergrößerten Penis eine Operation mit einem langen messerförmigen Instrument vorzunehmen scheint. Im allgemeinen scheinen die historischen Berichte aus dem Mittelalter die Annahme zu bestätigen, dafs Syphilis in Amerika vor der Landung des Columbus einheimisch war.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Theorie vom amerikanischen Ursprung der Syphilis, von Proksch-Wien. (*Ärztl. Centralztg.* 1901. No. 42.) Verfasser unterzieht die Arbeit Iwan Blochs „Der Ursprung der Syphilis" einer ausführlichen Kritik, er weist nach, dafs die Quecksilberbehandlung sogar den Laien längst vor der Entdeckung Amerikas bekannt war, und die Syphilis unter anderem bereits 1495 in Böhmen existierte. Er geifselt scharf die (nach Verfassers Ansicht sehr ungenaue und oberflächliche) Arbeit Blochs.

Bernhard Schulze-Kiel.

Das Heiraten Syphilitischer, von G. Frank Lydston-Chicago. (*Louisville Journ.* 1901. Bd. 8. No. 7.) Erwiderung, von J. M. Mathews-Louisville. (Ibidem. Lydston wendet sich gegen die von Mathews gelegentlich vertretene Anschauung, dafs Syphilitische nie heiraten sollten. Viele Syphilitische, sagt L., werden geheilt und zeugen gesunde Kinder. Sogar von den nicht gänzlich Geheilten bekommt ein Teil gesunde Nachkommen. Somit wäre ein unterschiedsloses Eheverbot unlogisch und unbillig. Nur solle der Arzt dem Ehekandidaten in keinem Falle absolute Sicherheit für Ehe und Nachkommenschaft garantieren.

Mathews erwidert, eben weil Syphilitische zu keiner Zeit ihres Lebens aufser aller Gefahr seien, müsse man mehr Rücksicht auf das Schicksal von Frau und Nachkommenschaft nehmen, als auf die Gefühle eines Heiratslustigen, und die Ehe nicht gestatten. *Max Levor-Hamburg.*

Ist nach dem B. G.-B. die Syphilis der Ehegatten ein Grund zur Trennung der Ehe? von Julius Heller-Charlottenburg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1901. No. 46.) Nach längerer Entwickelung kommt H. zu dem Resultate, die Syphilis eines Ehe-

gatten ist kein Scheidungsgrund, dagegen unterliegt es keinem Zweifel, dafs die Syphilis ein Grund zur Anfechtung der Ehe sein kann. Angefochten kann eine Ehe u. a. vom Ehegatten werden, wenn er sich bei der Eheschliefsung in der Person des anderen Ehegatten oder über solche persönlichen Eigenschaften des anderen Ehegatten geirrt hat, die ihm bei Kenntnis der Sachlage und bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe von der Eingehung der Ehe abgehalten haben würden; dazu gehören Krankheiten, deren Erkenntnis die geschlechtliche Zuneigung aufhebt, ekelhafte und unheilbare Krankheiten. Die Syphilis kann also ein Anfechtungsgrund der Ehe darstellen. Die Folgen der Anfechtung der Ehe werden dann eingehend besprochen und durch Beispiele erhärtet. Die kleine Arbeit, welche im Original nachgelesen werden mufs, ist für alle Ärzte von grofser Bedeutung, da sie denselben ein gewichtiges Argument in die Hand giebt, mit dem sie vielleicht manchen leichtfertigen Ehekandidaten von einem für ihn das Allgemeinwohl verhängnisvollen Schritt abhalten können. Zum Schlufs schildert Verfasser den Gegensatz zwischen der deutschen und französischen Judikatur. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Syphilis als eine nicht venerische Erkrankung, nebst einem Plaidoyer für die gesetzliche Kontrollierung derselben, von L. D. Bulkley-New York. (*Journ. amer. med. Assoc.* 6. April 1901.) Die Begründung obiger Forderung einer legislatorischen Beaufsichtigung der Syphilitischen ergiebt sich aus folgenden Thatsachen: Unter 300000 von der American Dermatological Association gesammelten Fällen von Hautkrankheiten betrafen 11,5% Syphilis; nach Berechnungen von Holland (1854) wäre die Zahl der Infektionen in Grofs-Britannien auf 1½ Millionen jährlich zu veranschlagen. Im Französischen Hospital zu Tien-Tsin in China sind ca. 30% aller Patienten syphilitisch, und im allgemeinen gilt in China sowie in Japan beinahe die gesamte männliche Bevölkerung für durchseucht. Für New York hat vor einigen Jahren Sturgis die jährliche Anzahl von Erkrankungen auf annähernd 50000 berechnet. Dabei hat D. allein schon fast 200 Fälle von extragenitaler Übertragung konstatiert: bei weiblichen Kranken fand er, dafs bei mindestens 50%, bei verheirateten sogar 85% oder darüber die Infektion ohne Verschulden der betreffenden Patienten statt gehabt hatte. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die relative Häufigkeit von Syphilis bei Beschnittenen und Unbeschnittenen, von A. Powell-Bombay. (*Brit. med. Journ.* 9. Nov. 1901.) Folgende statistischen Angaben sind nicht ohne Bedeutung: In Bombay umfafst die Polizeimannschaft durchschnittlich 1570 Hindus (Beschnittene) und 523 Muselmänner (Unbeschnittene). Von ersterer Gruppe wurden im Laufe der letzten 9 Jahre 209 Fälle von primärer Syphilis ins Krankenhaus geliefert (13,32%), von letzterer 105 (20,08%). Die Zahl der verheirateten Polizisten ist bei beiden Gruppen ziemlich die gleiche, und durch eine etwa strengere Moral bei den weniger Heimgesuchten läfst sich der Unterschied auch nicht erklären. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Übertragungsweise der Syphilis, von W. Friedländer-Berlin. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1902. No. 3.) F. beschreibt aus Lessers Klinik 4 Fälle einer Familie. Ein mit frischer Syphilis behaftetes, allerdings unter der Einwirkung des Quecksilbers stehender Mann führt eine Konzeption seiner gesunden, nicht immunen Frau herbei, ohne sie zu infizieren. Diese gebiert am normalen Ende der Graviditšt ein ausgetragenes gesundes Kind, welches keine Spuren von Lues zeigt, sondern später im Alter von 1 Jahr 8 Monaten einen Primäraffekt mit daran sich anschliefsenden Sekundärerscheinungen erwirbt. Auch das zweite Kind kommt gesund zur Welt, und erwirbt später Lues, nachdem dann auch die Mutter ein Jahr nach der

Geburt des zweiten Kindes luetisch von ihrem an einem Rezidiv erkrankten Ehemann infiziert wurde. Die Fälle zeigen die Möglichkeit, dafs ein syphilitischer merkurialisierter Mann zwei Jahre hindurch mit seiner nicht immunen Frau verkehren kann, ohne sie zu infizieren, dafs er mit dieser Frau zwei gesunde Kinder zeugt, und dafs die Frau erst ganz spät angesteckt wird. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Neue Ergebnisse der ätiologischen Syphilisforschungen, von Niessen. (*Wien. med. Wochenschr.* 1901. No. 49, 50.) Verfasser berichtet wieder über seinen allerdings kaum von irgend einer Seite anerkannten Syphilisbacillus, den er mit ziemlich einfachen Mitteln aus dem Blute züchtet. Für denselben sind von Tieren besonders Schweine und manche Affenarten empfänglich. Die Inkubation nach der Impfung mit der Kultur dauert drei bis sechs Wochen. Die geimpften Affen sind alle gestorben; die gefundenen Veränderungen führt Verfasser meistens auf Gefäfserkrankung zurück. — Die Schweine überlebten die Infektion, zeigten charakteristische Exantheme, die spontan abheilten um später zu rezidivieren. — Zum Schlufs berichtet Verfasser noch über seine Immunisierungsversuche. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Blutuntersuchungen bei konstitutioneller Syphilis unter dem Einflusse der Quecksilbertherapie mit besonderer Berücksichtigung des Eisengehaltes, von Moritz Oppenheim und Georg Loewenbach-Wien. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1901. Bd. 71.) Als Untersuchungsmethoden wurden verwendet: Zählung der Blutkörperchen nach Abbé-Zeiss, Bestimmung des Hämoglobins nach Gowers und Fleischl, des Eisens mit A. Jolles' klinischen Ferrometer. Die Verfasser kommen zu folgenden Ergebnissen: 1. Hämoglobin und Eisen sind bei konstitutioneller Syphilis vor Eintritt der Behandlung vermindert; die Eisenwerte entsprechen in ihrer Verminderung den Hämoglobinwerten. 2. Eine gesetzmäfsige Beeinflussung des Hämoglobin- und des Eisengehaltes durch Quecksilbereinwirkung besteht bei konstitutioneller Syphilis nicht. Kommen Schwankungen vor, so bewegen sie sich innerhalb mäfsiger Grenzen. 3. Das gegenseitige quantitative Verhältnis des Eisens zum Hämoglobin wird weder durch die konstitutionelle Syphilis allein noch durch die Quecksilberbehandlung alteriert. 4. Die Zahl der roten Blutkörperchen ist bei konstitutioneller Syphilis vor und während der Quecksilberbehandlung normal und schwankt nur innerhalb physiologischer Grenzen. 5. Die Zahl der weifsen Blutkörperchen ist weder infolge konstitutioneller Syphilis als solcher noch infolge Hg-Einwirkung vermehrt; sie bietet zwar Schwankungen dar, dieselben sind jedoch geringgradig. 6. Im Serum konnte weder bei konstitutioneller Syphilis allein noch bei Hg-Einwirkung Eisen nachgewiesen werden. 7. Die Resultate der Untersuchungen wurden durch die Art der Einverleibung des Hg (Inunktion, intramuskuläre und intravenöse Injektion) nicht beeinflufst.

Max Levor-Hamburg.

Das Blut bei Syphilis und anderen Infektionskrankheiten und dessen Veränderungen durch Medikamente, Diät u. s. w., von L. H. Wärnen-New York. (*St. Louis Courier.* Dez. 1901.) W. weist darauf hin, wie wichtig nun Blutuntersuchungen, besonders bei Syphilis, wo der allgemein konstitutionelle Einfluſs des Giftes am besten durch die Blutbeschaffenheit bewiesen wird, sind, und auf die Notwendigkeit, zur richtigen Zeit, d. h. zwischen den Mahlzeiten und in den Ruhepausen des Patienten, nicht unmittelbar vor, nach und während der ersteren die Blutentnahme und Untersuchung auszuführen. Im ersten Stadium der Syphilis, wo der Patient schwach, ermüdet, blafs erscheint, zeigt die Untersuchung des Blutes einen geringen Prozentsatz von Hämaglobin und einen hohen von Leukocyten, ähnlich wie bei Chlorose; im zweiten Stadium Leukocytose, hohen Prozentsatz von jungen

Leukocyten und niedrigen von Hämaglobin und im dritten ausgeprägte Anämia, zahlreiche eosinophile Zellen und Myelocyten. Durch Medikamente (Jodkalium und Quecksilber) tritt eine verschiedenartige Veränderung der Blutzusammensetzung ein, über deren Einzelheiten sich aber Verfasser nicht ausspricht. In kurzen Umrissen bespricht er dabei die einzelnen Arten der Quecksilbereinverleibung und kommt zu dem Schlusse, dafs die hypodermatische Methode die einzig rationelle sei. Von den Jodpräparaten, welche im späteren Stadium der Syphilis indiziert sind, hält W. das Jodalbacid für das geeignetste, da es nicht, wie die übrigen, als Irritans im Magen wirke, woher dann eine Verdauungs-Leukocytose entstehe. *Stern-München.*

Kasuistische Beiträge zur Pathologie und Therapie der Syphilis und Hautkrankheiten, von KNOPF und MARCUSE-Berlin. (*Allg. med. Centralztg.* 1900. No. 54 u. 55.) Der Bericht enthält eine Statistik der Affektionen, die von 1896–1899 in LEDERMANNS Poliklinik behandelt wurden. Aufserdem werden einige bemerkenswerte Fälle ausführlicher mitgeteilt, u. a. ein Fall von Familien-Lues, bei dem wahrscheinlich von einer einzigen Person die Infektion auf genitalem, extragenitalem und hereditärem Wege auf sechs Verwandte übertragen war, ein Lupus erythematosus mit Beteiligung der Lippen und teilweiser Abheilung unter Pigmentverlust, eine Epidermolysis non hereditaria mit Nagelschwund, eine Dermatitis exfoliativa generalisata subacuta (BROCQ) u. s. w. Zu den bereits früher in der Poliklinik verwendeten Medikamenten hat sich neuerdings Naftalan gesellt, ferner bei akuter Blennorrhoe Protargol. Für Inunktionskuren bewährt sich immer noch das Resorbinquecksilber, eventuell durch Zusatz von Zinnober maskiert. *Max Levor-Hamburg.*

Ein Beispiel von dem Einfluſs von Druckwirkungen bei warzigen Wucherungen der Frühsyphilis, von A. SHILLITOE-London. (*Lancet.* 21. Dez. 1901.) HUTCHINSON sen. hat darauf hingewiesen, dafs die gewöhnlichste Lokalisation von syphilitischen Auswüchsen an der Zunge derjenige Teil ist, auf den der geringste Druck ausgeübt wird, nämlich das Gebiet zwischen den Papillae circumvallatae. Bei einem von S. beobachteten, an Syphilis sowohl wie Blennorrhoe leidenden Patienten fanden sich Warzen sowohl an dieser Stelle und der Corona glandis und auch flache weifse Kondylome, 8—10 an der Zahl, auf den vorderen zwei Dritteln des Zungenrückens. Verfasser meint, solche flachen Erhebungen werden am ehesten durch einen intermittierenden Druck erzeugt, während ein kontinuierlicher Druck, wie bei Phimose, sowie ein völliges Fehlen jeden Druckes zur Entstehung von höher wachsenden Papillomata führen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Syphilis und Lebensversicherung, von L. W. SALOMONSEN. (*Wien. med. Wochenschr.* 1901. No. 47.) RUNENBERG hat auf Grund einer Statistik hervorgehoben, dafs der Syphilis als Todesursache eine gröfsere Rolle zukommt, als gewöhnlich angenommen wird. Er verlangte, dafs die Lebensversicherung nicht früher als drei Jahre nach der Infektion aufnehme, und zwar mit erhöhter Prämie. Wo, wenn auch vorübergehend, Symptome der Gefäfssyphilis im Nervensystem oder im Herzen, vorhanden gewesen sind, soll eine Ablehnung stattfinden. Die Gröfse der Erhöhung der Prämie soll abhängig sein von dem Alter der Krankheit, der Vollständigkeit der durchgemachten Behandlung, von der sozialen Stellung und den persönlichen Verhältnissen. — Verfasser tritt diesen Forderungen entgegen. Die Syphilis ist nicht so oft eine tötlich verlaufende Krankheit. Die schweren Erscheinungen seitens der Gefäfse, des Herzens und des Gehirns treten meistens im 2.—3. Jahre auf, in welcher Zeit ja ohnehin noch kein Syphilitischer versichert wird. — Verfasser nimmt erst 4—5 Jahre nach erfolgter Infektion auf, dann für 4—5 Jahre mit erhöhter Prämie. Sind aber

10 oder mehr Jahre ohne Rezidiv verstrichen, ist der Patient chronisch-intermittierend behandelt, sozial gut gestellt, verheiratet, Vater gesunder Kinder, dann genügt die tarifmäfsige Prämie. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein ungewöhnliches Symptom der sekundären Syphilis, von S. Skirving. (*Brit. med. Journ.* 4. Mai 1901.) Verfasser hatte Gelegenheit mehrere Syphilisfälle zu beobachten, bei denen „Jucken" des Rachens vorhanden war. Dasselbe hatte sich ganz kurze Zeit, nach dem sekundäre Erscheinungen an den Tonsillen und am Gaumen aufgetreten waren, eingestellt. Wie beim gewöhnlichen Jucken hatten auch diese Patienten ein sehnsüchtiges Verlangen sich zu kratzen. Der eine, ein Wiesbadener Patient, half sich damit, dafs er die Kruste eines „Brötchens" auf einmal verschlang, der andere kratzte sich direkt mit dem Finger. — Verfasser meint, dafs das Jucken vielleicht häufiger sei, als man annehme, jedoch wahrscheinlich durch intensivere Symptome verdeckt werde. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von Syphilis wird von Paul Richter in der Sitzung vom 15. Januar 1902 der Berl. med. Ges. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1902, No. 5) vorgestellt, welcher monatelang von einem „Naturheilkundigen" natürlich erfolglos behandelt und dessen Allgemeinbefinden infolge dieser Vernachlässigung sehr mäfsig war. Der mit dem im hohen Grade ansteckenden Leiden (grofses papulöses Syphilid) behaftete Patient benutzte stets die Badeeinrichtungen, die ohne genügende Desinfektion auch von anderen Kranken benutzt wurden. Selbstredend wich die Krankheit nach Anwendung von Hydrargyrum sehr bald. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Kurzer Bericht über zwei Fälle von Syphilis ohne Primärläsion, von L. Jullien-Paris. (Sonderabdruck ohne Angabe der Quelle.) Bei einer chirurgischen Operation verletzten sich sowohl Operateur wie Assistent beim Nähen mit der etwas schadhaften Nadel, beide am rechten Zeigefinger. Beide Verletzungen heilten in drei bis vier Tagen glatt ab. Nachträglich beim ersten Verbandwechsel 8 Tage nach der Operation entdeckte man, dafs die Patientin syphilisverdächtig war, und am folgenden Tage konstatierte man eine allgemeine Roseola, ein heilendes Syphilid an der Kommissur und einige geschwollene Leistendrüsen. Am 26. Tage nach der Operation erkrankte der Operateur mit Fieber (39°) und gleichzeitiger Anschwellung sowie ganz oberflächlicher unbedeutender Ulceration des verletzten Fingers. Es schlofs sich eine unverkennbare, wenn auch mäfsig schwere Syphilis an. Der Assistent erkrankte in ganz gleicher Weise etwas später und ohne irgend welche Erscheinungen an der Inokulationsstelle. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Einige seltene Fälle von syphilitischer Infektion auf aufsergeschlechtlichem Wege, von Rosenquist. (*Med. Obosrenje.* Sept. 1901.) Verfasser beschreibt 9 Fälle von Syphilis bei Personen weiblichen Geschlechts, wo die Übertragung auf aufsergeschlechtlichem Wege zu stande gekommen war und zwar beobachtete er zweimal ein Ulcus induratum pharyngis, je einmal ein Ulcus induratum des rechten Nasenflügels, des Kinns, der Mammae, des linken Daumens, der rechten Hand und zweimal ein induratives Ödem der grofsen Schamlippen bei kleinen Mädchen, wo auch die Infektion auf aufsergeschlechtlichem Wege, durch beschmutzte Lappen etc. erfolgt war. *Arth. Jordan-Moskau.*

Über den syphilitischen Schanker der Clitoris, von Druelle. (*Le Progrès médical.* 1902. No. 37.) Bei der Seltenheit dieser Lokalisation des Primäraffektes ist es der Erwähnung wert, dafs Verfasser fast gleichzeitig drei derartige Fälle zu be-

obachten Gelegenheit hatte. Im ersten Falle safs der Schanker am Präputium, beim zweiten an der Glans und beim dritten in der Umgebung der Clitoris, sich bis auf die kleinen Lippen ausdehnend. In diesem letzteren war er mit ziemlich heftigen Schmerzen verbunden. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Primäraffekt der Thränendrüse, von Anargyros. (*Beitr. z. Augenheilk.* Heft 48.) Bei dem 14jährigen Patienten fand man oberhalb des Tarsus am linken Auge eine glatte, harte, verschiebliche Geschwulst, die bei geöffneter Lidspalte unter dem oberen Orbitalrand vorragt; die Konjunktion darüber glasig, von graugelben Knötchen durchsetzt. Mit Rücksicht auf eine zugleich bestehende Lungenerkrankung hielt man die Geschwulst für tuberkulös und excidierte sie samt einer geschwollenen Präauriculardrüse; die Wunde heilte glatt, aber nach vier Wochen hatte Patient allgemeine Drüsenschwellung und ein spärliches papulo-makulöses Exanthem. Dann trat noch eine Periostitis am rechten Knie und Sprungbeine auf; alles schwand auf Inunktionen. Einige Wochen später konstatierte man Papeln am Anus. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine Gewebswucherung, die als syphilitische angesehen werden konnte. Den Weg der Infektion erklärt sich Verfasser durch zwei Möglichkeiten: entweder bestand ursprünglich ein Primäraffekt an der Konjunktiva, dem anfangs keine Beachtung geschenkt wurde, und der später spurlos verschwunden war; an diesen supponierten Primäraffekt kann sich leicht eine Beteiligung der Thränendrüse durch die Ausführungsgänge angeschlossen haben; oder aber das syphilitische Virus ist durch die Ausführungsgänge direkt in die Thränendrüse gelangt, ohne eine Sklerose der Bindehaut zu bewirken. Wie das Virus überhaupt ins Auge gebracht ist, ist nicht zu sagen. *F. Hahn-Bremen.*

Primärsyphilid der Tonsillen, von W. H. Kelson-London. (*Brit. med. Journ.* 26. Okt. 1901.) K. hat auch (wie andere) einen Fall beobachtet, bei dem nach Tonsillotomie die eine Seite des Rachens durchaus nicht heilen wollte, die Lymphdrüsen am Kieferwinkel anschwollen und nachher ein ausgeprägter syphilitischer Ausschlag auftrat. Trotz genauer Untersuchung fand sich an den Genitalien und sonstwo keine Spuren einer Primärläsion. Daraus erfolgt die absolute Notwendigkeit einer peinlichen Desinfektion, namentlich das Tonsillotoms, und man bedenke, dafs kongenitale Syphilis und auch frische Syphilis bei halberwachsenen Personen mit grofsen Tonsillen häufig vom Spezialarzt für Halskranke nicht richtig erkannt wird. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Einige Komplikationen bei Hautsyphilis und deren Behandlung, von M. F. Engman-St. Louis. (*St. Louis med. Rev.* 17. Aug. 1901.) Verfasser bespricht folgende Kapitel: Tuberkulose mit Syphilis, Epitheliom und Syphilis, Infektion mit Blastomykose, Erysipel bei Syphilis, das seborrhoische Syphilid, pyogene Infektion, Chancre mixte, Einfluss von Trauma bei Syphilis, hämorrhagische Syphilide und Jodintoxikation. Im allgemeinen enthält der Aufsatz für den Dermatologen von Fach nichts eigentlich Neues, wenn auch die mitgeteilten Beobachtungen präzis und instruktiv sind. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

L. Katz stellt in der Sitzung der Hufelandischen Gesellschaft vom 31. Mai 1900 (*Berl. klin. Wochenschr.* 1901, No. 39) einen Fall von **Syphilis cutanea** des äufseren Gehörganges vor und bespricht dabei die Beziehungen der Syphilis zum Gehörorgan, die syphilitischen Erscheinungen im äufseren Gehörgang, der Paukenhöhle, dem Warzenfortsatz, im Labyrinth, welche oft erst sehr spät auf-

treten und meist ganz plötzlich erscheinen. Schmierkuren und Jodkalium sind nicht immer erfolgreich, zuweilen haben auch subkutane Injektionen von Pilocarpin in 2%iger Lösung, 4—6 Tropfen Besserung erzielt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die Behandlung oberflächlicher, syphilitischer Gummata, von R. Maclaren. (*Brit. med. Journ.* 9. Febr. 1901.) Der Verfasser hat während seiner Praxis Syphilisfälle in Behandlung gehabt, bei denen sich oberflächliche, syphilitische Gummate durch Monate und Jahre bestanden, einen schleichenden Verlauf genommen hatten und ohne jede Therapie mit Hinterlassung tiefer, kontrakturierender Narben abgeheilt waren. Andere liefsen sich leicht mit Jod beseitigen, während in einer Anzahl von Fällen nur das Quecksilber einen günstigen, rückbildenden Einfluſs ausübte. Bei mehreren Patienten half jedoch weder Jod noch Quecksilber, sondern nur die Excision der Gummata. *C. Berliner-Aachen.*

Über Syphilis der Mundhöhle, von E. Finger. (*Wien. med. Wochenschr.* 1901. No. 42.) Die Initialaffekte der Mundhöhle sind häufig durchaus nicht typisch. An den Lippen findet man charakteristische Sklerose, aber auch unter dem Bilde von Rhagaden und Schrunden verlaufende ohne nennenswerte Schwellung; letztere sitzen besonders in der Kommissur und in der Mitte der Unterlippe. Die Drüsenschwellung muſs die Diagnose klären helfen. Die Zungensklerose sitzt fast stets vorne, sie erscheint als flache dunkelrote oder diphtheroid belegte Erosion mit lamellöser Induration oder als Geschwür mit zerklüftetem, infiltriertem Grunde, eleviertem Rande. Die Sklerose des Zahnfleisches ist nicht so ganz selten; die Litteratur ergiebt 22 Fälle. Sie sitzt häufiger am Oberkiefer, und an den vorderen Zähnen, stellt sich als erodierte, derbe Infiltration dar. Die submentalen und submaxillaren Drüsen sind geschwollen, nicht die präaurikulären Drüsen und diejenigen der fossa canina; trotzdem der Oberkiefer meistens ergriffen ist. Die Schmerzhaftigkeit ist sehr verschieden. In anderen Fällen geht die Erosion ohne stärkere, derbere Infiltration einher und ist gar nicht typisch. Sehr selten ist der Sitz des Initialaffekts am harten Gaumen, etwas häufiger an der Wangenschleimhaut. Am Zungengrunde ist nur ein Fall beschrieben, dagegen ist der Schanker der Tonsillen relativ häufig. Auffallend ist hier die stets vorhandene groſse Schmerzhaftigkeit, das oft auftretende Fieber und die entzündliche Schwellung der Umgebung. Vor Fehldiagnosen schützen die indolenten Drüsen. Die erste Sekundärerscheinung in der Mundhöhle ist das diffuse syphilitische Erythem der Mund-Rachenhöhle, besonders am weichen Gaumen ausgesprochen, in charakteristischen Fällen mit serpiginöser Kontur nach dem harten Gaumen abgesetzt. Am weichen Gaumen zuweilen kleine Bläschen, nach dem Platzen Erosionen zurücklassend. Typischer ist die luetische Papel, besonders häufig sitzend an den Lippen, am Frenulum der Oberlippe. Papeln am Zahnfleisch sind selten, sie können durch eitrige Einschmelzung zur Bloſslegung des Zahnhalses führen. Hervorzuheben sind die Papeln um die unteren Weisheitszähne und die Schneide- und Augenzähne. Häufig ist die sekundäre Zungensyphilis als ovaläre, flach infiltrierte, diphtheroide Papel, öfter als rhagadiforme Fissuren. Die Plaque lisse ist ein umschriebener, roter, glatter Fleck, an dem die filiformen Epithelfortsätze geschwunden sind; diese Form ist sehr hartnäckig. Die Leukoplakia mucosae nimmt eine Mittelstellung zwischen Sekundär- und Tertiärsymptome ein; sie kommt bei der trockenen Form der Syphilis vor, im Gegensatz zu der als succulent vom Verfasser beschriebenen Form, bei der es zur Bildung succulenter, wuchernder Papeln kommt. Rein tertiärer Natur sind die gummösen Prozesse der Schleimhaut und des submukösen Gewebes einerseits, des Periosts und Knochens andererseits. Hervorgehoben sei hier die diffuse gummöse Infiltration der

Lippe und Zunge (Glossitis sclerosa); an letzterer Stelle kann die derbe schrumpfende Bindegewebsmischung eine oberflächliche oder tiefe sein. Selten ist die oberflächliche, gummöse Infiltration an der unteren Zungenfläche, die auf das Zahnfleisch an der Innenseite der Zähne übergreifen kann. Auf die gummösen Prozesse des Gaumens und der Kiefer sei hier nicht weiter eingegangen. Erwähnt sei aber das „Mal perforant buccal" oder „progressive Resorption der Kiefer und Gaumensegel". Vorher gesunde Zähne werden plötzlich locker; die Zwischenwände der Alveolen und der Kieferrand schmelzen ein; der weiche Gaumen wird unterminiert, es entstehen Perforationen, die in die Nasenhöhle und den Sinus maxillaris führen: das Sekret ist sehr fötid. Das Leiden beginnt am Oberkiefer und breitet sich nach beiden Seiten und nach dem Unterkiefer aus. Zum Schluſs bespricht Verfasser die durch die Kontagiosität der Syphilis gegebenen für Zahnärzte nötigen Punkte.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Beitrag zur Diagnose der tertiären Syphilis des Rachens, von Levinger. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 6.) Verfasser macht darauf aufmerksam, wie oft durch Unterlassung der Rhinoscopia posterior syphilitische Erscheinungen des Nasenrachenraumes übersehen werden, zumal wenn der Mundrachenraum frei ist und sonstige Symptome von Lues fehlen. Er schildert zwei Fälle von zerfallenen Gummen des Nasenrachenraums, die als alleinige Zeichen der Syphilis bestanden und unter der eingeschlagenen spezifischen Therapie glatt heilten. Ferner beschreibt er einen Fall von syphilitischem Tumor der Tonsille, bei dem die Diagnose auch nur ex juvantibus gesichert wurde, während mikroskopisch Lymphosorkom nicht auszuschlieſsen war, von praktischer Bedeutung ist, daſs er rät, bei länger bestehenden, auch anscheinend einfachen Anginen und bei länger bestehender Dysphagie immer an Lues zu denken.

F. Hahn-Bremen.

Die klinische Bedeutung der glatten Atrophie des Zungengrundes (Virchow), von J. Heller-Charlottenburg. (*Dtsch. med. Presse.* 1901. No. 19.) Die Hauptergebnisse der sorgfältigen Untersuchungen über die glatte Atrophie des Zungengrundes und ihr Verhältnis zur Syphilis lassen sich dahin zusammenfassen: die glatte Atrophie ist ein postsyphilitisches Symptom, dessen klinische Konstatierung mit einem hohen Grade von Wahrscheinlichkeit für die Diagnose Syphilis spricht. Als einziges Symptom gefunden, erlaubt es noch keine Sicherheit der Diagnose, unterstützt aber sehr die Bedeutung anderer objektiver oder anamnestischer pathologischer Momente. Das Fehlen der glatten Atrophie, das Vorhandensein eines normalen Zungengrundes beweist diagnostisch garnichts, spricht vor allem nicht gegen die Diagnose Syphilis. Nur sehr ausgesprochene, sogenannte totale Atrophie ist ein pathognomonisches Symptom. Erst eine gewisse Übung ermöglicht die exakte Feststellung des Symptoms.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Lungensyphilis, von Prof. von Hansemann-Berlin. (Verhandl. des XIX. Kongr. f. innere Med. zu Berlin 1901.) Die histologische Untersuchung bei Verdacht auf Lungensyphilis kann nur dann ausschlaggebend sein, wenn die syphilitischen Produkte noch jung sind und charakteristisches Granulationsgewebe bilden; wenn Verkäsung der Narbenbildung eingetreten ist, dann verschwindet jedes histologische Spezifikum. H. war nun in der Lage, drei solche beweisende Fälle zu untersuchen und zu demonstrieren (auf obigem Kongresse). Der erste Fall betrifft eine 71jährige Frau, bei deren Sektion sich typische syphilitische Narben der Nieren und Leber fanden; im Unterlappen der rechten Lunge befinden sich zahlreiche, zum Teil käsige, zum Teil graurote Knoten von Hanfkorn- bis Haselnuſsgröſse, von schiefrigem Gewebe umgeben. Die frischeren grauroten Knoten bestehen aus Granulationsgewebe; nirgends

können mikroskopisch Tuberkelbacillen aufgefunden werden, die Überimpfung auf Meerschweinchen blieb völlig negativ. Der zweite Fall, eine 51jährige Frau betreffend, welche an Tabes dorsalis starb, verhielt sich ähnlich. Im dritten Falle hatten die gummösen Erkrankungen eine solche Ausdehnung angenommen, daſs klinischerseits ein Tumor der Lungen konstatiert wurde. Bei der Sektion des 60jährigen Mannes fand man im Mediastinum eine faustgroſse Geschwulst, die sich aus einzelnen, vergröſserten Lymphdrüsen zusammensetzt; stellenweise sind dieselben eitrig zerfallen und nach dem Ösophagus durchgebrochen (Fisteln). Mit der linken Lunge sind diese Tumoren fest verwachsen und diese selbst ist von zahlreichen Geschwülsten der gleichen Beschaffenheit vollständig durchsetzt, so daſs nur noch wenig Lungengewebe übrig geblieben ist. Zahlreiche Gummata des Herzens (Epikard). Weder mikroskopisch noch durch Impfung Tuberkelbacillen nachzuweisen. Im Gegensatz zu den meisten Fällen, wo Syphilis mit unzweifelhafter Tuberkulose kombiniert ist, handelt es sich also hier um das Bild der reinen Lungensyphilis, die vielleicht auch in vivo zu diagnostizieren ist, zumal wenn sich auch in anderen Organen manifeste Erscheinungen von Syphilis dokumentieren. H. bringt noch weitere Fälle, wo Lungensyphilis mit Tuberkulose dieses Organs verknüpft war. Als syphilitisch bezeichnet er eine Lungennarbe gewöhnlich dann, wenn sie bei erheblicher Ausdehnung frei von käsigen Einflüssen, wenn sie strahlige Beschaffenheit hat und die Oberfläche der Lunge einzieht (Pulmo lobatus nach Virchow) wenn sonstige syphilitische Veränderungen im Körper vorhanden sind und tuberkulöse fehlen. Neben umschriebenen Gummata kann die Syphilis in der Lunge, wie es auch in anderen Organen der Fall ist, auch mehr diffuse Wucherungen machen, die sich bis zu einem gewissen Grade an die Lymphbahnen anschlieſsen (Lymphangitis oder Perilymphangitis plastica); ein solcher Zustand führt dann zu harter Bindegewebsproduktion und vielfach miteinander kommunisierenden Strängen (stark verdickten Lymphbahnen), wie die von H. demonstrierten Fälle lehren. *Stern-München.*

Erworbene Lungensyphilis, von Otto Leech-New Orleans. (*Phil. med. Journ.* 1902. No. 2.) Verfasser beschreibt einen Fall von Lungensyphilis, bei dem die Diagnose intra vitam gestellt werden konnte. Der 50jährige Patient erkrankte, 20 Jahre nach einer primären Syphilis, mit Husten und Dyspnoe. Schlaf und Appetit nahmen ab, groſse Schwäche trat ein. Die Untersuchung ergab absolute Dämpfung über dem oberen Sternum, fast völlige Dämpfung an der rechten Seite des Sternum; hier auch schwaches Bronchialatmen, verstärkter Fremitus. Herz nach links verlagert. Inguinaldrüsen stark geschwollen. Kein Fieber. — Phthise, Aortenaneurysma, Tumoren, einfache Induration durch Staubeinatmung waren auszuschlieſsen. — Durch Jod und Quecksilber wurde schnelle Besserung erzielt. *Max Levor-Hamburg.*

Syphilitische Läsionen des Magens, von W. S. Fenwick-London. (*Lancet.* 28. Sept. 1901.) Als solche sind zu nennen: 1. Gummata, 2. syphilitische Endarteritis und deren Wirkungen, 3. ein chronisch entzündlicher Zustand der Schleimhaut. Von ersterer Affektion sind bisher erst 16 ganz sichere Fälle in der Litteratur verzeichnet; gewöhnlich trifft man sie schon ulceriert an, doch erkennt man ihre Herkunft an der unregelmäſsigen ausgehöhlten Form, den verdickten Rändern mit vielfachen Zerklüftungen, sowie verkästen, hämorrhagischem oder gangränösem Grunde. Selten ebenfalls sind auch die beiden anderen genannten Formen. Nach F.s Schätzung ist bei etwa 6% von allen Magengeschwüren ein Zusammenhang mit Syphilis und zwar meist auf dem Wege einer Arterienentzündung nachzuweisen. Im allgemeinen ist die Diagnose gar nicht leicht zu stellen; meist stützt sie sich auf die Gravität der Er-

scheinungen und die Intraktibilität derselben den gewöhnlichen Magenmitteln gegenüber, während antisyphilitische Maßnahmen sofort eine günstige Wirkung erzielen, namentlich bei gleichzeitiger Darreichung von Hg und Jod.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über einen Fall von Diabetes mellitus syphiliticus, von HEMPTENMACHER. (*Mitteil. aus den Hamb. Staatskrankenanstalten.* Bd. III, Heft 4.) Zur Frage, ob es einen durch die Syphilis bedingten Diabetes mellitus giebt, bringt Verfasser folgende beweisende Krankengeschichte: Die 42jährige Patientin war vor 18 Jahren syphilitisch erkrankt und wegen eines Primäraffekts der Vulva mit Schmierkur und Jodkalium behandelt worden. Sekundäre Erscheinungen sollen nie aufgetreten sein. Vor 1½ Jahren magerte sie ab, mußte viel trinken. Diese Beschwerden steigerten sich allmählich und dann entwickelte sich binnen drei Tagen eine Lähmung der linken Körperhälfte. Als Zeichen der noch vorhandenen Syphilis bildete sich auf dem linken Scheitelbein ein druckempfindlicher Tophus. Im Urin fand sich konstant Zucker, ca. 8,6 %. Unter kombinierter Schmier- und Injektionskur mit gleichzeitiger Darreichung von Jodkalium schwand der Zucker vollständig und dauernd, und die Lähmungserscheinungen gingen bis auf geringe Reste zurück. *F. Hahn-Bremen.*

Über Nephritis syphilitica acuta praecox mit enormer Albuminurie, von E. HOFFMANN und E. SALKOWSKI-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1902. No. 6, 8, 9.) Verfasser beobachteten auf der syphilitischen Klinik einen Fall, der nicht nur für die Lehre von der sehr seltenen akuten syphilitischen Nephritis von großer Bedeutung ist, sondern auch wegen der ungewöhnlich starken Albuminurie besonderes Interesse erheischt, denn der Urin enthielt 7—8,5 % Eiweis. Es handelt sich um frische sekundäre mit starkem Exanthem einhergehende Syphilis und um eine durch diese verursachte hochgradige akute Nephritis, die Nieren waren vor Beginn der Lues gesund, die Äußerungen der Nierenaffektion laufen parallel mit den übrigen Erscheinungen der Syphilis, die Albuminurie wird durch Quecksilber geheilt, alles Beweise, daß es sich hier thatsächlich um echte syphilitische Nierenentzündung handelt, zumal sie etwa 14 Tage nach dem Auftreten der ersten Allgemeinerscheinungen erschien. Beim Stehen des Urins fiel spontan Eiweis in amorphkörniger Form aus, während das Sediment ganz gering war. Die Prognose bei akuter luetischer Nephritis ist günstiger als bei anderen Infektionskrankheiten, da das Quecksilber oft auffallend schnell Heilung herbeiführt. Im vorliegenden Falle trat nach vier Monaten ein geringes Rezidiv mit 0,5 % Albumen auf, welches unter Jodkalium leicht schwand. Die ausführliche chemische Untersuchung der Harnportionen wurde von SALKOWSKI ausgeführt, der den Befund beschreibt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Syphilis uterina tarda, von SPINELLI. (*Arch. ital. di Ginecolog.* 1901. No. 6.) Die Affektion ist sehr wenig bekannt. Verfasser hat zwei unzweifelhafte Fälle von gummöser Infiltration des Uterus beobachtet, die er durch die mikroskopische Untersuchung und die Resultate der Therapie kontrolliert hat. Es wird die Differentialdiagnose zwischen Carcinom, Tuberkulose und gummöser Infiltration besprochen. Von sieben weiteren Fällen waren zwei 35 und 40 Jahre alt, vier über 50 Jahre. Bei noch menstruierenden Frauen kommt es nach einigen Frühgeburten und Aborten zu Hämorrhagien und immer häufigeren und intensiveren Metrorrhagien. Der Uterus zeigt sich gleichmäßig hypertrophiert. An der ausgekratzten Schleimhaut läßt sich mikroskopisch nichts nachweisen und Drüsenläsionen existieren sozusagen keine. Nach eingetretener Menopause giebt sich die Krankheit zu erkennen durch plötzliche Blutverluste mit Leukorrhoe; rasch eintretende Schwäche und Kachexie. Die spezi-

fische Behandlung bringt rasche Besserung herbei. Verfasser glaubt, dafs die meisten Fälle von hartnäckigen Metrorrhagien, deren Ursache nicht festgestellt werden konnten, der Syphilis zuzuschreiben sind. *C. Müller-Genf.*

Ein Vortrag über einen Fall von syphilitischer Arterienerkrankung, von W. Gowers-London. (*Brit. med. Journ.* 30. Nov. 1901.) Eine 28jährige Kellnerin hatte seit drei Monaten an Kopfweh, später an Erbrechen, Parese der rechten Seite, Anwandlung von Konvulsionen und gelegentlicher Verwirrtheit gelitten. Es wurde die Diagnose auf syphilitischen Tumor des Gehirns gestellt und eine antisyphilitische Behandlung eingeleitet. Nach anfänglicher Besserung trat auch auf der linken Seite eine Lähmung ein, und Patientin starb komatös am 26. Tage nach der Aufnahme. Bei der Autopsie fanden sich ausgedehnte syphilitische Veränderungen an beiden Artt. cerebr. med.; in der rechten ein frisches Blutgerinnsel und nekrotische Erweichung des entsprechenden Gehirngebiets, sowie in der linken ein altes, teils geschrumpftes Gerinnsel. An der grauen Substanz an den Erkrankungsgebieten war ein körniges Aussehen und erhebliche Schrumpfung zu konstatieren. Die erkrankten Gefäfse zeigten in gröfserer Ausdehnung eine starke Zellwucherung an der Media bis zum Verschlufs des Lumens. Abnorme Gefäfsverteilung hatte die Fortdauer des Lebens trotz der schweren Störungen an genannten Arterien ermöglicht.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Latente syphilitische Aortitis und viscerale Neuralgien, von Louis Renon. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 4.) Ein 40jähriger Mann, der im Alter von 20 Jahren syphilitisch infiziert worden war, litt seit drei Monaten an aufserordentlich heftigen Schmerzen, die den Charakter von Nieren- und Leberkoliken und Interkostalneuralgien hatten. Die Schmerzen kamen spontan, waren des Morgens erträglich, steigerten sich aber von Mittag an, um während der Nacht aufserordentlich intensiv zu werden. Eine Ursache für die Schmerzanfälle konnte zunächst nicht gefunden werden. Der Verfasser nun konstatierte an dem Kranken aufser einer ziemlich starken Dyspnoe, die seit einem Monat bestand, starke Pulsation der Karotiden und beträchtliche Verstärkung der Herzthätigkeit, aufserdem aber ein diastolisches und ein systolisches Geräusch an der Aortenklappe; der Puls wies alle Merkmale einer Aorteninsufficienz auf. Die Erscheinungen am Herzen mufsten im Verlaufe des letzten Jahres entstanden sein; denn ein Jahr früher war noch nichts davon zu finden gewesen. Irgendwelche Zeichen von Aneurysmenbildung konnten nicht konstatiert werden. Die Diagnose lautete: Aortitis syphilitica, und in der That wurden durch antiluetische Behandlung die Schmerzanfälle sehr bald zum Verschwinden gebracht. — Über die eigentliche Ursache der Schmerzen ist ein bestimmtes Urteil nicht möglich: vielleicht waren sie hervorgerufen durch Kompression von seiten der verdickten Aorta, vielleicht auch durch Irradiation. *Götz-München.*

In der Société médicale des Hôpitaux de Lyon (Sitzung vom 24. Januar 1902. Nach *Lyon med.* 1902. No. 5) stellte Josserand einen Kranken mit **multipler syphilitischer Osteomyelitis** vor. Die Affektion hatte vor 15 Monaten ganz akut unter dem Bilde eines „infektiösen Pseudorheumatismus" begonnen. Zur Zeit fanden sich an dem Kranken Anschwellungen der Gelenke, die aber nur eine Begleiterscheinung darstellen und in Bettruhe sehr rasch zurückgehen, aufserdem Anschwellungen der Knochen an den vier Extremitäten. Die klinische und radiographische Untersuchung ergiebt das typische Bild der Knochensyphilis: Sitz der Veränderungen an den Diaphysen und in der Nähe der Epiphysen, starke Reizung des Periosts, Wucherung im

Knochenmark mit Eburneation der Knochen. Der Kranke weist aufserdem auch an den inneren Organen mehrfache Manifestationen der Syphilis auf, insbesondere sind Leber und Milz beträchtlich vergrößert. *Göts-München.*

Über Osteochondritis syphilitica im Röntgenbild, von Holzknecht und Kienböck. (*Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen.* Bd. IV. Heft 6.) Bekanntlich sind die Veränderungen an der Knorpelknochengrenze bei hereditär-luetischen Früchten, die man als Osteochondritis syphilitica bezeichnet, auch dann zu finden, wenn andere Zeichen von hereditärer Lues fehlen. Diese Erkrankung war bisher ohne Autopsie der Erkenntnis unzugänglich. Verfasser haben nun eine Reihe von Föten und Kinder der ersten Lebenswochen mit Röntgenstrahlen untersucht, und in der That gelang ihnen die radiographische Darstellung der Osteochondritis syphilitica auf das schönste. Statt der normalen, geradlinigen scharfen Grenze des Epiphysenknorpels gegen den endochondral gebildeten Knochen liefsen sich die Störungen der Ossifikation in Gestalt von unregelmäfsigen, zackigen Fortsätzen in den unverkalkten Knorpel hinein deutlich darstellen. *F. Hahn-Bremen.*

Hämorrhagische gummöse Myositis, von Ch. Symonds. (*Brit. med. Journ.* 4. Mai 1901.) Ein 45jähriger Mann zeigte eine grofse, unregelmäfsig geformte Masse im Musculus extensor cruris dextri. Er hatte sich vor einiger Zeit an dieser Stelle verletzt. Die Haut sah dann stark blau unterlaufen aus. Unter Jodkalium erfolgte rapide Besserung, so dafs angenommen wurde, dafs ursprünglich eine spezifische Myositis vorlag, zu welcher durch den Unfall die Hämorrhagie hinzukam.
C. Berliner-Aachen.

Syphilitische Heredität, von MacIlwaine. (*Brit. med. Journ.* 15. Juni 1901.) Ein 47jähriger Mann acquirierte vor ca. 25 Jahren Syphilis, die nur sehr wenig behandelt wurde. Vor 12 Jahren heiratete er. Der Ehe sind zwei Knaben entsprossen, von denen der ältere 10, der zweite 8 Jahre alt ist. Die Kinder hatten Rhachitis gehabt. Bis vor 5 Jahren war der Vater, der den Alkoholismus von jeher gern zusprach, kräftig und gesund, bis eine Aorteninsufficienz konstatiert wurde.

Von den beiden Kindern erkrankte der ältere als er 8 Jahre alt war und zur Schule ging, an Geistesschwäche, der zweite bekam im Anschlufs an einen Unfall Epilepsie. (NB. Diese Fälle können nicht als beweisend angesehen werden, weil der Alkoholismus des Vaters viel mehr zu den krankhaften Anlagen der Kinder beigetragen haben mag, als die so weit zurückliegende Syphilis. Ref.)
C. Berliner-Aachen.

Ein Fall von hereditär-syphilitischer Erkrankung der Augen in der zweiten Generation, von Stscheminski. (*Wratsch.* 1901. S. 1285.) Bei einem 12jährigen, in der Entwickelung stark zurückgebliebenen Knaben fand S. Erscheinungen rechtsseitiger parenchymatöser Entzündung der Hornhaut und auch Zeichen von Retinaentzündung, die er als syphilitische ansah. Der Vater des Knaben wies verschiedene, auf hereditäre Syphilis deutende Dystrophien auf und wie die Anamnese ergab, hatte der Grofsvater des Knaben väterlicherseits vor der Verheiratung Lues gehabt. Eine syphilitische Infektion des Vaters des Knabens, wie des letzteren selbst, glaubt S. mit Sicherheit ausschliefsen zu können. Auf die vorgeschlagene antisyphilitische Behandlung wurde anfangs nicht eingegangen, bis auch das linke Auge ebenfalls erkrankte. Die nun eingeleitete Einreibungen, an die sich Jodkaliumgebrauch anschlofs, reinigte die beiden Hornhäute vollständig und hob die Sehschärfe beträchtlich.
Arth. Jordan-Moskau.

Über einen Fall von kongenitaler Syphilis mit hämorrhagischer Pemphigusform (Asphyxie-Sektion), von W. P. Shukowsky-Petersburg. (*Die medic. Woche.* 1902. No. 5.) Eine scheinbar gesunde 25jährige Bäuerin gebar, nachdem sie zuerst normal ein gesundes Mädchen, welches jedoch nach wenigen Tagen starb, dann einen Knaben im 7. Monat mit Erscheinungen kongenitaler Lues, dann ein totes Kind im 7. Monat geboren, schliefslich ein im 8. Monat befindliches, nicht ausgetragenes Kind. Es kam in einem solchen Grade von Asphyxie zur Welt, dafs alle Wiederbelebungsversuche resultatlos waren. Das Kind atmete nicht, die Herztöne waren deutlich, Leber und Milz stark vergröfsert, an beiden Fufssohlen Pemphigusblasen verschiedener Gröfse mit schwarzer blutiger Flüssigkeit gefüllt. Die Sektion ergab ausgesprochene Pneumonia alba. Der Vater hatte vor der zweiten Gravidität der Mutter Lues acquiriert. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die Behandlung der hereditären oder acquirierten Syphilis der Säuglinge und Kinder mit dem Blaschkoschen „Mercolint", von S. Beck. (*Orvosi-Hetilap.* 1901. No. 45—46.) Bei der Behandlung der Säuglinge ist es wünschenswert eine solche antisyphilitische Methode zu wählen, welche einerseits auf gar kein Organ desselben eine schädigende Nebenwirkung ausübt, die Ernährung nicht stört, andererseits genügend energisch auf die Zurückbildung der luetischen Läsionen wirkt. Eine jeder Rechnung tragende Heilmethode fand Verfasser in dem Blaschkoschen Mercolint, welches von der Hamburger Fabrik Beiersdorf & Comp. für Kinder verfertigt in zweierlei Dosen auf den Markt gebracht wird und zwar mit der Bezeichnung 0 enthaltend 10 g und 00 enthaltend 5 g Quecksilber, entsprechend einer 30 resp. 15 grammiger Quecksilbersalbe. Die meist verbreiteste Behandlung der Syphilis der Säuglinge war bis jetzt dies innerliche Darreichen von Kalomel, welches aber bekanntlich in vielen Fällen den Säuglingen den Appetit nimmt, es können Wochen lang anhaltende Darmkatarrhe auftreten, welche, nebstdem dafs die Kinder herunterkommen, selbst zur Einstellung der Kur zwingen. Was nun die Inunktionskur anbelangt, wird dieselbe von den Neugeborenen und Kindern bis zum 1. Lebensjahre weniger gut vertragen, weil die mit syphilitischen Läsionen bedeckte, und zumeist schuppende Haut sehr reizbar ist, und bei solchen Kindern die als Zeichen der Unentwickelung oder der Degeneration häufig auftretende starke Lanugobildung für die Entwickelung von Follikulitiden einen sehr geeigneten Boden findet. Verfasser behandelte nun 20 zumeist mit kongenitaler Syphilis behaftete Kinder mit dem Mercolint, die meisten waren Ambulante, die Schürze wurde 3—4 Wochen getragen, dieselbe dann entweder erneuert oder gänzlich weggelassen. Die Resultate dieser Behandlung haben nun gezeigt, dafs das Mercolint bei Syphilis der Säuglinge im Werte die anderen bis jetzt üblichen Behandlungsmethoden bei weitem überragt, viel rascher und sicherer als die interne Behandlung wirkt, und nur selten solche Nebenwirkungen macht, welche zur Unterbrechung der Behandlung geführt haben. Nur bei einem Falle wurde Gingivitis beobachtet, bei einzelnen 2—3 Tage dauernde Erytheme und milienförmige Ausschläge. Leichte, selbst schwerere Darmkatarrhe bildeten keine Gegenindikation, besonders bei antikatarrhalischer Behandlung. Was nun die Rezidive anbelangt, kann sich Verfasser nicht mit Bestimmtheit aussprechen. *A. Alpár-Alexandria.*

Fälle von juveniler, allgemeiner Paralyse bei kongenitaler Syphilis, von R. P. Smith. (*Brit. med. Journ.* 16. Februar 1901.) In seinen Vorlesungen über die „Degeneration der Neurone" hatte Mott darauf hingewiesen, dafs manche Fälle von allgemeiner Paralyse bei jungen Leuten, bei denen eine acquirierte Lues nicht zu eruieren ist, und die niemals bis dahin Anzeichen einer ererbten Syphilis gezeigt

hatten, doch möglicherweise in ihrer Familiengeschichte Anhaltspunkte für eine luetische, erbliche Belastung ergeben werden. Aus diesem Grunde sei im Interesse der Behandlung bei solchen Patienten eingehend nach dem Befinden von Eltern und Grofseltern zu fragen. — Verfasser beschreibt einige Fälle, die Morrs Ansicht bekräftigen sollen. *C. Berliner-Aachen.*

Zur Pathogenese der allgemeinen Paralyse, von W. F. Robertson. (*Brit. med. Journ.* 29. Juni 1901.) Aus den Schlüssen, welche Verfasser auf Grund seiner Beobachtungen zieht, seien folgende hervorgehoben:

1. Die allgemeine Paralyse ist die Folge einer chronischen Toxämie gastro-intestinalen Ursprunges;

2. Die Toxine sind hauptsächlich bakteriell und werden gebildet, wenn ein partielles Niederhalten derjenigen Kräfte stattfindet, durch welche die schädliche Entwickelung der im Verdauungstraktus vorhandenen Mikroorganismen normalerweise verhindert wird.

3. Die Toxine werden absorbiert und zeigen die Neigung, proliferative und degenerative Veränderungen in den Gefäfsen des Zentralnervensystems hervorzurufen.

4. Die Tabes dorsalis hängt von derselben Form der Toxämie ab.

5. Die Rolle, welche die Syphilis bei der Pathogenese der allgemeinen Paralyse und der Tabes dorsalis spielt, ist wesentlich die, dafs sie die natürliche Immunität alteriert.

6. Diese Alteration scheint wiederum von einem schleichenden Schwund der leukoblastischen Funktion des Knochenmarks abzuhängen.

7. Die Behandlung der allgemeinen Paralyse und der Tabes dorsalis sollte an erster Stelle auf eine Korrektion der Störungen des Verdauungstraktus hinarbeiten.

8. Wahrscheinlich dürfte das einzige Mittel, durch welches das excessive Wachstum der gastro-intestinalen Bakterien zum Stillstand gebracht werden könnte, die Anwendung spezifischer Antitoxine sein. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von syphilitischer Geistesstörung und ein Fall von Dementia paralytica, welche eine syphilitische Psychose vortäuschte, von Walker, Diller und Burns. (*American Journ. of Med. Sciences.* Dez. 1901.) Der erstere dieser Fälle betrifft einen 35jährigen, hereditär schwer belasteten Mann, der ein sehr unregelmäfsiges Leben führte, den Alkohol und Tabak schlecht vertrug, ein schweres Trauma erlitt, Syphilis und später Trauma acquirierte. Bei diesem Patienten entwickelten sich drei Jahre nach seiner spezifischen Infektion cerebrale Störungen in Gestalt von übermäfsiger Reizbarkeit, heftigen Kopfschmerzen, Neuritis optica, Schwindelanfällen, vorübergehender Monoplegie des Armes, bulbären Symptomen. Die psychischen Störungen steigerten sich sodann zu Apathie, abwechselnd mit heftiger Aufregung, Verfolgungswahn, Sinnestäuschungen, konfusionellen Zuständen, rasch zunehmender Demenz. Exitus ca. 11 Monate nach dem Beginn der beschriebenen Störung. Bei der Autopsie zeigte das Gehirn keine makroskopisch sichtbaren Veränderungen; bei der mikroskopischen Untersuchung dagegen fand man die bei Syphilis angetroffenen Gefäfsveränderungen.

Ganz ähnlich verlief in klinischer Beziehung der zweite Fall, einen 34jährigen Mann betreffend; von durchgemachter Syphilis war anamnestisch nichts erhältlich. Exitus nach 10—11 Monaten. Bei der Autopsie erkannte man bereits makroskopisch die typischen Veränderungen der Dementia paralytica, und die mikroskopische Untersuchung ergab ein ebenso charakteristisches Resultat. Der klinische Verlauf des Falles hatte genau mit dem vorigen Bilde der Hirnsyphilis übereingestimmt.

C. Müller-Genf.

Zur Behandlung der syphilitischen Rückenmarksaffektionen im Kujalnitzkischen Liman von Odessa, von Hmelewski. (*Medicinskoje Obosrenje.* Dez. 1901.) Verfasser lenkt die Aufmerksamkeit auf die günstige Wirkung der Schlammbäder bei Odessa auf einzelne Fälle von syphilitischen Rückenmarksaffektionen, die er zu beobachten Gelegenheit hatte. *Arth. Jordan-Moskau.*

Über postluetische konjugale Nervenkrankheiten, von H. Idelsohn. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1901. No. 43.) Verfasser stellt aus der Litteratur und eigenen Beobachtungen (5) im ganzen 50 Fälle zusammen, in denen es sich um gleichzeitiges oder ungleichzeitiges Auftreten von Tabes oder Paralyse bei Ehegatten, um Tabes beim Manne und Paralyse der Frau oder umgekehrt, oder (3 der eigenen Beobachtungen) um Tabes der Frau und höchstwahrscheinlich luetische Hemiplegie beim Manne handelt. Eine statistische Bearbeitung der Fälle von Tabes und Paralyse ergiebt:

Paralyse bei beiden Ehegatten 47%,
Paralyse beim Manne, Tabes bei der Frau 20%,
Paralyse bei der Frau, Tabes beim Manne 13%,
Tabes bei beiden Ehegatten 20%.

In 28% der Fälle ist die Anamnese auf Lues negativ geblieben. — Da andere schädliche Einflüsse (sexuelle Excesse, gemeinsame Sorgen und Schicksale etc.) kaum in Frage kommen, so bleibt zur Erklärung der Häufigkeit des Zusammentreffens als der wichtigste, vielleicht einzige Faktor die Lues übrig. — Die konjugalen Erkrankungen sprachen für eine intime Verwandtschaft zwischen Tabes und Paralyse, ferner legen sie den Gedanken an eine gewisse spezifische Virulenz des luetischen Infektionsstoffes nahe, welcher in seiner Wirkung verschieden einmal die Tabes oder Paralyse schafft, ein andermal das Zentralnervensystem in mehr lokalisierter Weise trifft oder seine Zerstörungsarbeit auf die Haut, die inneren Organe oder das Knochensystem richtet. Verfasser macht auf die praktisch wichtige Konsequenz aufmerksam, dafs besondere Vorsicht geboten ist, wenn Frauen, deren Männer Paralytiker waren, eine zweite Ehe eingehen wollen; solche Frauen können selbst erkranken oder den Mann infizieren. — Zum Schlusse berichtet Verfasser über einen seltenen Fall von tabischen Erscheinungen bei einem sechsjährigen Mädchen. Die Eltern des Kindes haben an Lues gelitten; von vier Geschwistern ist eines totgeboren, die drei anderen sind in den ersten fünf Lebensjahren an Infektionskrankheiten gestorben. Die Patientin hatte nicht die geringsten subjektiven oder der Mutter auffälligen objektiven Symptome eines Nervenleidens. Eine zufällige Untersuchung des Kindes ergab differente und lichtstarre Pupillen, Fehlen beider Patellarreflexe, Herabsetzung der Schmerzempfindung an den Beinen, leichte Hyperämie der Papillae nervi optici.

A. Loewald-Graudenz.

Über Tabes bei Eheleuten, von Hudovernig. (*Orvosi-Hetilap.* 1901. No. 44.) Dafs die Syphilis in der Ätiologie der Tabes eine wichtige Rolle spielt, werden von einzelnen Autoren solche Fälle angeführt, wo bei Eheleuten durch Ansteckung mit Syphilis der einen und der anderen Hälfte beiderseits sich Tabes entwickelte. In der Litteratur ist bis jetzt über 24 konjugale Tabes berichtet. Verfasser fügt diesen nun 3 Fälle zu. Bei allen 3 Ehepaaren war anamnestisch Syphilis sicher nachzuweisen. Wenn man nun die anderen veröffentlichten Fälle in Betracht zieht, von 24 war bei 20 Eheleuten Syphilis sicher vorhergegangen, bei dreien war dieselbe mit Wahrscheinlichkeit nachzuweisen und nur bei einem Ehepaare nicht mit Bestimmtheit nachweisbar, also in 96,3% der Fälle der konjugalen Tabes Syphilis nachweisbar, glaubt Verfasser keine weiteren Beweise für deren Ätiologie liefern zu müssen. Was nun die von Sougues zuerst aufgestellte Theorie anbelangt, dafs die Tabes und die Paralysis pro-

gressiva von einer besonderen Species der Syphilis „à virus nerveux“ hervorgerufen wird, welche eine besondere Affinität für das zentrale Nervensystem haben soll, hält Verfasser nicht erwiesen, noch annehmbar. Einerseits wird von den Syphilodologen nur ein einheitliches Virus anerkannt, anderseits hätte diese Theorie nur dann eine Berechtigung, wenn die die Syphilis verbreitende Frau auch an Paralysis progressiva oder an Tabes erkranken würde, oder dieselbe dürfte nie solche infizieren, die mit einer gewöhnlichen nicht spezifischen Syphilis dann erkranken. Warum nun nur ein Teil der Syphilitiker an Tabes und Paralysis progressiva erkrankt, dürfte wohl nur in einer angeborenen oder in einer erworbenen speziellen Disposition des zentralen Nervensystems zu suchen sein. *A. Alpàr-Alexandria.*

Drei Fälle von frühzeitiger juveniler Tabes, bedingt durch kongenitale Syphilis und neuropathische Belastung, von G. T. B. James-London. (*Lancet.* 28. Dez. 1901.) Alle diese Fälle betrafen Mitglieder derselben Familie. Der Vater hatte, wie man annehmen kann, eine leichte Form von Syphilis durchgemacht. Von seinen 14 Kindern boten 5 mehr oder weniger Symptome der hereditären Infektion und 6 waren früh gestorben. Das Alter der die tabischen Erscheinungen aufweisenden Kinder variierte zwischen 5 und 20 Jahren. Solche Fälle sind sehr selten, doch hat J. gewifs Recht, wenn er auf eine gründlichere und konsequent durchgeführte Behandlung namentlich der kongenitalen Syphilis dringt. . *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Verschiedenes.

Die Hauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder findet Montag, den 26. Mai d. J., vormittags 10 Uhr, im Saale der „Erholung“ zu Weimar statt. Zur Besprechung kommen u. a. die Fragen:

Wie gelangen kleinere und mittlere Gemeinden am besten in den Besitz einer Badeanstalt mit Brausebädern? Referent: Landgerichtsrat Dr. Aschrott-Berlin.

Die erziehliche Bedeutung und die bisherige Verbreitung der Volksbäder mit Rücksicht auf die verschiedenen Bevölkerungsschichten. Referent: Stabsarzt Dr. Krebs-Berlin.

Grundsätze für Bauanlage und Einrichtung von Volksbadeanstalten als Programm zum Gebrauch bei der Ausschreibung und Aufstellung der Entwürfe. Referenten: Baurat Peters-Magdeburg und Ingenieur Oslender-Düsseldorf.

Herr Dr. Unna ist von der **Dermatologischen Gesellschaft von Grofsbritannien und Irland** aufgefordert worden, bei ihrem diesjährigen Kongresse, welcher am 22. Mai in London stattfindet, die Eröffnungsrede zu halten. Derselbe hat die Einladung angenommen und als Thema seiner Ansprache gewählt: „Die Geschichte des Ekzembegriffes in England im 19. Jahrhundert.“

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXXIV. No. 11. 1. Juni 1902.

Aus Dr. Unnas Dermatologicum.

Die Plasmazellen.

Von

Dr. med. J. M. Himmel-Kazan.

Mit 2 Farbentafeln.

Zehn Jahre trennen uns von Unnas Arbeit, in welcher er, dank einer neuen Färbungsmethode, das Vorkommen eigenartig sich tingierender Zellen im Lupusgewebe nachgewiesen hat. In dieser Zwischenzeit sind mehrere Publikationen, sowohl von Unna selbst, wie auch von anderen Autoren erschienen, die die Existenz solcher Zellen, von Unna Plasmazellen bezeichnet, nicht nur beim Lupus, sondern auch bei vielen anderen Hautkrankheiten anerkannt haben.

Unnas Lehre von der Natur der Plasmazellen und ihrer Rolle bei verschiedenen Erkrankungen begegnete ebenso vielen Anfechtern wie Anhängern, so dafs gegenwärtig zwei Lager existieren, von denen das eine Unnas Ansicht anerkennt und die Plasmazellen den sefshaften Zellen von Bindegewebsnatur zuzählt, das andere sie für Leukocyten und deren Derivate hält; es fehlt auch nicht an versöhnenden Arbeiten, die sich sowohl zur einen, wie auch zur anderen Seite neigen.

Ich stellte mir die Aufgabe, mich in der beziehentlichen Litteratur zu orientieren und den Charakter sowohl der typischen Plasmazellen, wie auch ihrer modifizierten Formen bei den veröffentlichten Färbungsmethoden darzustellen.

Waldeyer[1] war der erste, der gezeigt hat, dafs an mehreren Orten des Organismus das Bindegewebe, aufser Ranviers platten Bindegewebszellen, noch runde Zellen mit voluminösem, körnigem Protoplasmaleibe enthält; indem er sie Plasmazellen genannt hat, führte er als der erste diesen Terminus in die histologische Nomenklatur ein.

[1] Waldeyer, Über Bindegewebszellen. *Arch. f. mikroskop. Anat.* 1875. Bd. XI, pag. 176.

Ungefähr um dieselbe Zeit erschien EHRLICHS[2] Arbeit über die von ihm im Bindegewebe entdeckten Zellen, die ein stark färbbares Protoplasma besitzen und denen er die Bezeichnung „Mastzellen" gegeben hat. Da er in seinen ersten Arbeiten seine Mastzellen noch nicht scharf von WALDEYERS Plasmazellen trennte, was erst später durch UNNA geschah, so wurden noch eine lange Zeit hindurch die Begriffe „Plasmazellen" und „Mastzellen" vielfach konfundiert und das Verdienst der Entdeckung der ersteren ebenfalls EHRLICH zugeschrieben.

UNNA,[3] dank einer besonderen Färbungsmethode, führt schon in seiner ersten Arbeit eine scharfe Trennung der Plasmazellen WALDEYERS von EHRLICHS Mastzellen durch, indem er zeigt, dafs die Färbung beider, bei Anwendung seines Tinktionsverfahrens, nichts gemeinsames hat. Dieser ersten Arbeit will ich eine etwas nähere Betrachtung widmen, da sie eben infolge der in ihr enthaltenen Anschauungen UNNAS über Genese und Bedeutung der von ihm entdeckten Plasmazellen den Anstofs zu heifsen Debatten gegeben hat.

Obwohl — schreibt UNNA — die mikroskopische Technik während der letzten zwanzig Jahre entschieden grofse Fortschritte gemacht hat, verfolgte sie dennoch die ganze Zeit nur eine Richtung, nämlich die der Färbung der Kernsubstanz, weshalb diese Periode in der Histologie als die „Periode der Kernfärbung" bezeichnet werden kann; die Färbung des Zellenprotoplasmas und der Intercellularsubstanzen wurde vergleichsweise vernachlässigt, und dies erklärt die grofsen Lücken unseres Wissens in dieser Hinsicht. Unwillkürlich drängt sich die Frage auf — fährt UNNA fort —, wo fängt die Bindegewebszelle an und wo hört sie auf, welches Verhältnis besitzt sie zu den Intercellularsubstanzen, zum System der Saftbahnen und zu den im Bindegewebe befindlichen Parasiten? — Fragen, deren Beantwortung eine genaue Kenntnis des Protoplasmas voraussetzt.

Diese Fragen eben bewegten UNNA, ein solches Färbungsverfahren des Zellenprotoplasmas auszuarbeiten, welches die Möglichkeit gab, die Struktur des letzteren besser als bisher zu studieren, und es gelang ihm auch, diese Aufgabe glücklich zu lösen, indem er zur Färbung der in Alkohol gehärteten Präparate eine durch Alter polychrom gewordene Methylenblaulösung anwendete und die Entfärbung der tingierten Präparate mit Hilfe milder Entfärbungsmittel bewirkte. Im Anfange benutzte er Kreosot, Styrax und Glykol; später aber arbeitete er die Verfahren aus, von denen unten die Rede sein wird. So konnte er vor allem beim Lupus und dann auch bei mehreren anderen pathologischen Prozessen der Haut

---

[2] EHRLICH, Beiträge zur Kenntnis der Anilinfärbungen und ihrer Verwendung in der mikroskopischen Technik. *Arch. f. mikroskop. Anat.* 1877. pag. 263.

[3] UNNA, Über Plasmazellen, insbesondere beim Lupus. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1891. Bd. 12, pag. 296.

Zellen beobachten, die eine beträchtliche Masse Protoplasma besafsen; diese Zellen, welche dem Typus von WALDEYERS Plasmazellen entsprachen, nannte UNNA aber — im Gegensatz zu den ebenfalls durch Färbung gut charakterisierten Mastzellen — „Plasmazellen". Ein und dieselbe Färbungsmethode gab ihm die Möglichkeit, EHRLICHS Mastzellen von seinen Plasmazellen scharf zu trennen, da bei Anwendung seines Tinktionsverfahrens die Körnung der ersteren sich kirschrot, das Protoplasma der letzteren tiefblau färbte. Die stärkere Tingierung des Protoplasmas und die schwächere der Kerne im allgemeinen erlaubt gleichzeitig besser die allein starkgefärbten mitotischen Teilungsfiguren der Kerne zu beobachten. WALDEYER, welcher UNNAS Präparate einer Prüfung unterzogen hat, äufserte sich dahin, dafs er die Verwendung des Namens Plasmazellen für die von UNNA durch Färbung gekennzeichneten Zellen gerechtfertigt finde und daher seinen allgemeinen Begriff der Plasmazellen zu Gunsten jener aufgebe.

Indem UNNA die Plasmazellen zuerst im lupösen Gewebe konstatierte, sagt er weiter, dafs viele kubische Zellen bei dieser Affektion ihrer Form wegen den sog. epitheloiden Zellen zugerechnet worden seien, die sich jetzt als Plasmazellen erwiesen. Nicht jede Zelle kubischer Form könne doch für epithelähnlich gelten, umsomehr da sie, wie im gegebenen Falle, sich scharf vom wahren Epithelium durch ihren Bau und ihre Farbenreaktionen unterscheidet. UNNA glaubt, dafs die Plasmazellen, den ersten anfänglichen Teil jedes Lupusknötchens bildend, und dieselbe Rolle auch bei den übrigen Formen der Hauttuberkulose spielend, Bindegewebszellen sind, die, von dem infektiösen Reize getroffen, verschiedene progressive Veränderungen durchmachen. Demzufolge stellt die Plasmazelle, UNNAS Ansicht nach, eine hypertrophische Bindegewebszelle mit stark vermehrtem, feinkörnigem Protoplasma dar; ihre typische runde Form ist durch Einziehen der Ausläufer entstanden. Wenn auf die Plasmazelle kein Druck seitens des Nachbargewebes ausgeübt wird, lagert sie frei zwischen anderen Bindegewebszellen und findet sich in keinem Zusammenhange mit denselben, so behält sie ihre ursprüngliche runde Form bei; unter der Wirkung des Druckes kann sich aber ihre Form in verschiedener Weise ändern. Im Protoplasma der Plasmazelle unterscheidet UNNA das Spongioplasma und das Granoplasma; das letztere, eine amorphkörnige Substanz, die sich in und zwischen den Waben des Spongioplasmas befindet, färbt sich mit der polychromem Methylenblaulösung tiefblau, so dafs das Protoplasma, in welchem sich eine grofse Menge Granoplasma befindet, eine gesättigt-blaue Farbe annimmt, diejenigen Teile des Protoplasmas aber, in welchen die Menge des Granoplasmas infolge irgend welcher Bedingungen vermindert ist, und wo das Spongioplasma prävaliert, färben sich schwächer und bei gewissen Färbungen violett.

Die Kerne der Plasmazellen sind runder, ovaler oder polyedrischer

Form, ordnen sich meistens excentrisch an und erscheinen bei starker Entfärbung der Schnitte unter Umständen ganz farblos. Bei schwächerer Entfärbung bemerkt man in ihnen ein grobes Chromatinnetz und einige Chromatinkörner, deren Mehrzahl an der Peripherie des Kerns liegt. Mytosen in Plasmazellen werden nach UNNAS Ansicht sehr selten angetroffen, und er meint, dafs die Hauptart ihrer Teilung die amitotische ist. Die Plasmazellen gehen aus den Spindelzellen des Bindegewebes hervor und stehen während dieses Überganges mit letzterem in Verbindung; die typischen Plasmazellen befinden sich dagegen in keinem Zusammenhange sowohl mit den Bindegewebsfasern, wie auch miteinander, den Moment der Teilung ausgeschlossen.

Das weitere Schicksal der Plasmazellen ist ein verschiedenes: entweder degenerieren sie oder unterliegen vorher noch einem Proliferationsprozesse; in beiden Fällen wird als schliefsliches Resultat die Bildung der kleinen oder Plasmatochterzellen beobachtet. Die Kerne dieser Plasmatochterzellen verhalten sich bei der Färbung ebenso wie die der grofsen Plasmazellen; sie erscheinen grofs im Vergleiche zum Protoplasma, das sich bei der Proliferation und Degeneration rasch verkleinert und schliefslich bis auf einen feinen dunklen Saum reduziert. UNNA sagt, dafs bei früheren Färbungsmethoden diese Plasmatochterzellen für Leukocyten gehalten wurden, dafs aber jetzt bei guter Protoplasmafärbung ein solcher Irrtum unmöglich geworden, da das stark tingible Protoplasma und der schwach tingible Kern der ersteren sie von den letzteren stets zu unterscheiden ermöglichen.

Die grofsen Plasmazellenleiber halten nicht immer den gleichen Schritt in der raschen Teilung, wie die Kerne, und dann entstehen mehrkernige Plasmazellen, welche, nach UNNAS Ansicht, von den eigentlichen, degenerierenden Riesenzellen zu unterscheiden sind und deshalb von ihm Choriplaxen genannt werden. Der Degenerationsprozefs der Plasmazellen beim Lupus, den UNNA mit dem Namen homogene Schwellung bezeichnet, beginnt zuerst an einzelnen Stellen oder auf einer Hälfte des Protoplasmas und ergreift sehr spät oder gar nicht die Kernsubstanz; im Gegenteil zeigen die Kerne häufig eine Proliferation noch zur Zeit, wo das Protoplasma schon degeneriert. Somit werden durch gleichzeitige Homogenisierung des Protoplasmas und Kernteilung kleine Riesenzellen erhalten. Grofse Riesenzellen bilden sich bei inniger Berührung derselben infolge der Kompression seitens angrenzender Elemente, wobei unter Umständen auch unveränderte Plasmazellen mit ihnen verschmelzen, indem sie sich entweder an der ganzen Peripherie des homogenisierten Bezirkes oder nur an einer Seite kappenförmig anordnen. Diese Zellenkomplexe sind allerdings keine Zellen im strengen Wortsinne. Den Stützpunkt für solche Ansicht sieht UNNA auch darin, dafs die Riesenzellen an mehreren Stellen von Lücken durchbrochen sind, die von undichter Berührung der homo-

genisierenden Plasmazellen herrühren; in diesen Lücken finden sich hin und wieder wohlerhaltene ganze Zellen und öfter noch elastische Fasern, die von den Riesenzellen nur umwachsen, nicht aber absorbiert werden.

Die Plasmazellen, die sich dem Degenerationsprozesse entziehen, gehen in das faserige Bindegewebe der Narbe über, welches beim Lupus nach UNNAS Ansicht u. a. dadurch charakterisiert ist, dafs es kein elastisches Gewebe produziert. Seine Fasernbündel schichten sich überdies parallel der Oberfläche und sind durchsetzt von grofsen, spindelförmigen Zellen. Es stellt, wie UNNA meint, kein gewöhnliches Bindegewebe dar, sondern es ist ein „lupöses Fibrom" von bemerkenswerter Dauerhaftigkeit, welches erst sehr langsam in gewöhnliches Narbengewebe übergeht.

Indem UNNA die Plasmazellen als wichtigen Bestandteil des Zellinfiltrates beim Lupus und bei mehreren andern Hauterkrankungen, insbesondere aller Granulome erkannte, gab er den Namen „Plasmom" denjenigen pathologischen Zellenmassen, bei welchen das histologische Bild, dank der gegenwärtig vorhandenen Färbungsreaktionen, eine grofse Menge von Plasmazellen zeigt.

Die homogene Schwellung der Plasmazellen beim Lupus hängt, UNNAS Meinung nach, von der Wirkung des verdünnten Tuberkulins ab, wovon er sich durch Behandlung frisch ausgeschnittener Haut mit Lösungen des Tuberkulins von verschiedener Konzentration überzeugen konnte.

In demselben Jahre erschien VAN DER SPEKS und UNNAS gemeinschaftliche Arbeit,[4] welche uns mit vielen Färbungs- und Entfärbungsverfahren bekannt macht, mittelst deren man Plasmazellen (damals noch WALDEYERS Plasmazellen) von EHRLICHS Mastzellen differenzieren kann; da aber diese Arbeit sich wenig mit der Struktur und Bedeutung der Plasmazellen beschäftigt, so halte ich es für überflüssig, näher auf dieselbe einzugehen.

In seiner ersten Publikation des folgenden (1892) Jahres „Über den Einfluſs des Quecksilbers auf das papulöse Syphilid"[5] macht UNNA darauf aufmerksam, dafs die Degeneration der Plasmazellen nicht in allen Fällen so, wie beim Lupus, vorgeht, wo der Degeneration fast immer Proliferation und massenhafte Bildung der Tochterplasmazellen vorangehen. Die grofsen Plasmazellen der syphilitischen Papel degenerieren in der Mehrzahl der Fälle ohne vorausgehendem Stadium der Proliferation, indem sie in kleinste Schollen zerfallen.

Einige Monate darauf, auf dem Kongrefs der Naturforscher und Ärzte

---

[4] VAN DER SPEK und UNNA, Zur Kenntnis der WALDEYERschen Plasmazellen und EHRLICHschen Mastzellen. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891. Bd. 13, p. 364.

[5] UNNA, Über den Einfluſs des Quecksilbers auf das papulöse Syphilid. *Berl. klin. Wochenschr.* 1892. p. 614.

in Hamburg, teilte JADASSOHN[6] während der Demonstration von Präparaten mit UNNAS Plasmazellen mit, dafs er bei seinen Beschäftigungen mit Plasmazellen dieselben bei mehreren chronischen Hauterkrankungen getroffen habe und dafs er überhaupt geneigt ist, zu glauben, dafs man sie immer bei den chronischen Granulationsprozessen finden kann. Da sie aber kein grobkörniges Protoplasma, wie die WALDEYERschen Plasmazellen, haben und im Bindegewebe normaler Organe nicht vorkommen, wie die letzteren, so kann er sie für identisch mit WALDEYERS Plasmazellen nicht betrachten und ebensowenig sie für Zellen bindegewebiger Natur anerkennen, sondern glaubt, dafs sie zu den Lymphocyten gehören, obwohl er diese letztere Behauptung entschieden zu verteidigen gegenwärtig nicht im stande ist.

Im ersten Teile seiner Arbeit, die Ende 1892 veröffentlicht wurde,[7] berührt UNNA die Theorie von GRAWITZ über die Schlummerzellen. Ich will sowohl diese Theorie, wie auch die Ansichten ihrer Gegner nicht erörtern, da dies nicht dem Plan meiner Aufgabe entspricht; deshalb gehe ich zum zweiten Teile der obenerwähnten Arbeit über, wo UNNA abermals sich auf die histologische Untersuchung des mannigfaltigen pathologischen Materials stützend, darauf hinweist, dafs die Plasmazellen einen wichtigen Bestandteil der zelligen Infiltration bei einer grofsen Anzahl von Hauterkrankungen bilden und das Muttergewebe einer Reihe der wichtigsten Degenerationsprodukte darstellen. Da er ihnen in normalem Gewebe nicht begegnete, sie dagegen aufser in Granulomen auch in jungen Wundgranulationen fand, so äufserte er sich, dafs dieser Umstand die Analogie zwischen dem Granulationsgewebe und VIRCHOWS Granulomen bestätige. In Betracht andererseits dessen, dafs er bisher an embryonaler Cutis der verschiedensten Stadien keine Zellen von plasmazellenähnlicher Struktur beobachten konnte, mufs UNNA die Analogie, die zwischen Granulomen und embryonalem Gewebe existieren soll, entschieden zurückweisen. Überhaupt bedarf das Entstehen der Plasmazellen eines auf das erwachsene Gewebe langdauernden, infektiösen oder nicht infektiösen Reizes oder eines Substanzverlustes, und ihr Vorkommen ist gewöhnlich das Zeichen einer starken chronischen Ernährungsstörung des Gewebes.

Zum Schlusse spricht UNNA nochmals den Wunsch aus, dafs diese Zellen, von ihm als Plasmazellen charakterisiert, in Zukunft nicht einfach als Rundzellen oder embryonale Zellen bezeichnet werden möchten.

---

[6] JADASSOHN, II. Kongrefs deutscher Naturforscher. Demonstration von Präparaten Plasmazellen und von eosinophilen Zellen im Lupus und in anderen Geweben. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1892. Bd. XV, p. 79.

[7] UNNA, Über die Bedeutung der Plasmazellen für die Genese der Geschwülste der Haut, der Granulome und anderer Hautkrankheiten. *Berl. klin. Wochenschr.* 1892. p. 1240.

Dieser Arbeit von UNNA folgte eine kleine Notiz von JADASSOHN,[8] worin der letztere, nachdem er sein Bedauern äufsert, dafs UNNA in seiner Arbeit JADASSOHNS Ansicht über die Natur der Plasmazellen, die er auf dem zweiten Kongrefs der Dermatologen mitgeteilt hat, mit keinem Worte erwähnte, sechs Thesen aufführt. Erstens — schreibt JADASSOHN — können nicht sämtliche epithelioide Zellen beim Lupus zu den sogenannten UNNAschen Plasmazellen gerechnet werden; zweitens, indem UNNA seine Plasmazellen mit den WALDEYERschen Plasmazellen identifiziert, läfst er aufser acht, dafs WALDEYER in der Beschreibung seiner Plasmazellen die Grobkörnigkeit ihres Protoplasmas verzeichnet, während UNNA überall darauf hinweist, dafs die Körnigkeit des Protoplasmas eine zarte Struktur besitzt; drittens, spricht UNNA in seiner ersten Arbeit vom Vorkommen der Plasmazellen nur in tuberkulösen Granulationen, während JADASSOHN die Ansicht äufserte, dafs sie auch bei den andern chronischen Granulationsprozessen existieren müssen und als Beispiel das Carcinom anführte, wo dem wuchernden Epithel eine Reihe Zellelemente gegenübergestellt wird, die nach seiner Meinung zu Leukocyten gerechnet werden müssen. Indem ich die Thesen 4 und 5 als nichts Wesentliches enthaltend übergehe, führe ich die sechste an, wo JADASSOHN die Aufmerksamkeit auf den Umstand lenkt, dafs UNNA, sich zu Gunsten amitotischer Vermehrung seiner Plasmazellen äufsernd, aufser acht läfst, dafs die Teilung der Bindegewebszellen hauptsächlich mitotisch zu stande kommt. Überkaupt glaubt er — schliefst JADASSOHN seine Notiz —, dafs es kaum möglich ist, eine solche Frage nur auf dem histologischen Wege zu entscheiden, und dafs für diese Entscheidung die experimentelle Forschung nicht entbehrt werden kann.

In seiner Antwort an JADASSOHN sagt UNNA,[9] dafs er schon damit zufrieden ist, dafs es ihm, dank seinem spezifischen Färbungsverfahren, die Frage von den Plasmazellen zu erregen geglückt ist. Er äufsert hier abermals seine Meinung, dafs nicht epithelioide Zellen den Plasmazellen ihre Existenz verdanken, sondern im Gegenteil dienen die Plasmazellen als Ursache der Bildung der ersteren. Was die Frage von der Identität zwischen seinen Plasmazellen und denen von WALDEYER anbelangt, so — fährt UNNA fort — ist für ihn befriedigend genug der Umstand, dafs selbst WALDEYER sich über diese Identität äufserte; wenn doch gegenwärtig seine Plasmazellen von EHRLICHS Mastzellen getrennt werden, so erscheint es auch vollkommen natürlich, da die einen und die anderen nichts Gemeinsames haben. Es kann kaum jemand etwas dagegen haben,

---

[8] JADASSOHN, Bemerkung zu UNNAS Arbeit über seine Plasmazellen. *Berl. klin. Wochenschr.* 1893. p. 222.

[9] UNNA, Gegenbemerkungen. *Berl. klin. Wochenschr.* 1893. p. 222.

dafs er, seine Färbungsmethode benutzend, mehr oder weniger ausführlich diejenigen runden Zellen mit voluminösem körnigen Protoplasma studiert hat, die zuerst WALDEYER beschrieben hatte, und jetzt ist es kaum möglich, sie von anderen Gewebszellen zu trennen.

UNNAs Brief beantwortend,[10] wiederholte JADASSOHN noch einmal, dafs er hinsichtlich der Natur der Plasmazellen in keinem Falle UNNA beistimmen kann.

Im Jahre 1893 veröffentlichte UNNA seine neue Arbeit,[11] in welcher für die Färbung der Plasmazellen drei besonders brauchbare Verfahren angegeben wurden. Die Färbung des Protoplasmas der Plasmazellen in dieser Arbeit besprechend, weist er auf das Vorhandensein von zweierlei Grundsubstanzen im Protoplasma hin: einer homogenen und einer körnigen; die erstere wird mit Methylenviolett, letztere mit Methylenblau tingiert; erstere nennt er Spongioplasma, letztere Granoplasma, wobei er vor Konfundierung des Granoplasmas mit ALTMANNs und EHRLICHs spezifischen Granulationen auf das Dringendste warnt.

In seiner *Histopathologie der Hautkrankheiten*,[12] die im folgenden Jahre erschienen, aber bereits vor Abfassung der Arbeit „Über die Bedeutung der Plasmazellen" geschrieben war, macht UNNA, indem er über das Vorhandensein der Plasmazellen bei verschiedenen Affektionen der Haut spricht, auf ihre hyaline Degeneration und auf eine solche Veränderung aufmerksam, bei welcher das Protoplasma der Plasmazellen einen schaumigen Charakter offenbart. Die hyaline Degeneration der Plasmazellen, von ihm bei Rhinosklerom beobachtet, beginnt gewöhnlich von der Peripherie aus und ergreift sodann die ganze Zelle, wobei die anfänglich kleinen Hyalinschollen, miteinander zusammenfliefsend, gröfsere Dimensionen annehmen können, so dafs das Protoplasma von zwei oder drei grofsen Schollen eingenommen wird. Die Plasmazellenkerne entziehen sich stets dieser Degeneration, obwohl sie nicht selten ebenfalls degenerieren. Bei totaler Hyalindegeneration des Protoplasmas beginnt der Zerfall der Plasmazelle, und anstatt hyalin degenerierter Plasmazellen beobachtet man in diesem Falle nur grofse und kleine hyaline, unregelmäfsig zerstreute Schollen.

Die andere Veränderung der Plasmazellen, charakterisiert dadurch, dafs ihr Protoplasma das Aussehen des Seifenschaumes annimmt, zwischen deren Waben der Kern lagert, kann man besonders bequem bei den Plasmazellen des Granulationsgewebes verfolgen. Die Wandung der einzelnen, das Protoplasma bildenden Waben färbt sich ziemlich stark, der

---

[10] JADASSOHN, Letzte Bemerkungen gegen Herrn P. G. UNNA. *Berl. klin. Wochenschr.* 1893. p. 271.

[11] UNNA, Über Protoplasmafärbung. Bemerkungen über die Bindegewebszellen der Cutis. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1894. Bd. XIX, p. 225.

[12] UNNA, *Die Histopathologie der Hautkrankheiten*. Berlin 1894.

Vacuoleninhalt selbst aber erscheint nicht tingiert, farblos, so dafs das Protoplasma solcher Plasmazellen wirklich einige Ähnlichkeit mit Seifenschaum erhält — daher auch der Name „Schaumzellen", den ihnen UNNA neuerdings gegeben hat. Die Chromatinkörner und -fäden solcher Plasmazellen behalten die Färbung etwas stärker als Chromatinkörner und -fäden normaler, nicht veränderter Plasmazellen bei, und deshalb scheinen auch die ersteren etwas dunkler, als die letzteren.

Die folgende Arbeit über die Plasmazellen gehört der Feder von WALDEYER,[13] der in ihr seine Worte zurücknimmt und den Namen „Plasmazellen" nur für seine Zellen behält, die er von den von UNNA beschriebenen Zellelementen trennt. Die protoplasmareichen Zellen, von ihm seiner Zeit im Bindegewebe gefunden — sagt er —, sondern sich scharf von den protoplasmaarmen Bindegewebszellen von VIRCHOW, COHNHEIM und RANVIER. Das Protoplasma seiner Plasmazellen besteht aus groben Granula, über deren Anordnung man nichts sagen kann. Gegenwärtig trennt er dieselben von EHRLICHS Mastzellen und eosinophilen Zellen, wie auch von UNNAS Plasmazellen ab, mit denen sie nichts zu thun haben, und er behält den Namen Plasmazellen nur für die im normalen Bindegewebe des Organismus befindliche Zellen bei.

In demselben Jahre erscheint die experimentell-histologische Arbeit von v. MARSCHALKÓ[14] aus NEISSERS Laboratorium. NEISSER, der diese Arbeit mit einer Vorrede versehen hat, erklärt sich mit des Autors Ansichten, die auf experimentell-histologischer Forschung begründet sind, einverstanden und äufsert sich gegen UNNAS Meinung, die nach ihm keinen festen Boden hat.

v. MARSCHALKÓ, der die Frage von der Genese der Plasmazellen experimentell-histologisch untersucht hat, kam zu dem Schlusse, dafs die Plasmazellen ihr Entstehen den lymphatischen Körpern verdanken und, darauf stützend, macht er die Schlufsfolgerung, dafs bei allen Hautkrankungen die Plasmazellen von leukocytärer oder richtiger lymphocytärer Natur sind. Weiter behauptet MARSCHALKÓ, dafs die Plasmazellen sich in allen blutbereitenden Organen, in der Milz, lymphatischen Drüsen und Knochenmark, befinden und dafs sie nicht nur ein pathologisches Produkt darstellen. Er meint, dafs die Lymphocyten, analog den Leukocyten, die positive Chemotaxis besitzen, sich in der Haut bewegen können und dafs sie sich durch morphologische Veränderungen in Plasmazellen umwandeln.

---

[13] WALDEYER, Über Bindegewebszellen, insbesondere über Plasmazellen. Sitzungsbericht der königl. preuss. Akademie der Wissenschaft. Ref. UNNAS *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1895. Bd. XXI, p. 251.

[14] v. MARSCHALKÓ, Über die sogenannten Plasmazellen. Ein Beitrag zur Kenntnis der Herkunft der entzündlichen Infiltrationszellen. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1895. Bd. XXX, p. 3.

Dieser Arbeit von v. Marschalkó folgte eine kleine Notiz von Neisser,[15] in welcher er, ohne Unnas Arbeiten kritisch zu berühren, sich mit der Bemerkung begnügt, dafs er der Ansicht des letzteren prinzipiell nicht beistimmen kann, da sie direkt mit seinen eigenen Anschauungen auseinandergeht.

Im Jahre 1896 erscheint Hodaras Arbeit[16] aus Dariers Laboratorium, welche nur einen Teil der Plasmazellenfrage berührt, nämlich, ob sich die Plasmazellen wirklich in normalen blutbereitenden Organen, in der Milz, Knochenmark und lymphatischen Drüsen, befinden, wie es v. Marschalkó behauptet. Im Anfange seiner Arbeit macht der Autor eine Klausel insofern, dafs, wenn das Vorkommen der Plasmazellen in normalen blutbereitenden Organen auch beobachtet wäre, dieser Befund noch kein Vorhandensein der Plasmazellen in der Haut beweisen könne und dafs ein solcher Übergang in die letztere etwas Besonderes, auf einen krankhaften Zustand Hinweisendes darstelle.

An der Hand der Unnaschen Beschreibung der Plasmazellen kommt der Autor auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Schlusse, dafs die Plasmazellen in normalen blutbereitenden Organen nicht zu treffen sind. So hat er in zehn von ihm untersuchten Objekten gar keine gefunden, und in zwei Fällen, wo solche von ihm konstatiert wurden, konnte man eine Organerkrankung nicht in Abrede stellen.

Doch zugleich weist er auf die Thatsache hin, dafs er fast in jedem Präparate eine grofse Menge Zellen, die den Unnaschen Plasmazellen stark ähnelten, beobachtete. Diese Pseudoplasmazellen, die nach seiner Ansicht nichts anderes als mononukleäre grofse Leukocyten seien und die er infolge der Mannigfaltigkeit ihrer Formen Polyeidocyten genannt hat, haben mit den echten Plasmazellen die gemeinsame Eigenschaft, dafs sie sich fast gleich mit ihnen stark färben. Diese Ähnlichkeit der Färbungsreaktion kann, wie Hodara meint, den Untersucher irre machen, wie es auch nach seiner Überzeugung v. Marschalkó passierte, der die intensiv gefärbten Pseudoplasmazellen für echte angenommen hat, obwohl sie sich morphologisch voneinander unterscheiden. Er findet, dafs die Polyeidocyten sich von echten Plasmazellen teils durch ihre Form, teils durch die verhältnismäfsig schwache Protoplasmafärbung und durch die Gröfse des Kernes, welcher in den ersteren fast die ganze Zelle einnimmt, unterscheiden. Aber später, wo er über den Unterschied zwischen den Polyeidocyten und Plasmazellen spricht, gesteht er, dafs sie manchmal in solchem Grade einander ähneln, dafs es fast keine Möglichkeit ist, die

[15] Neisser, Zur Diskussion über Plasmazellen. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1896. Bd. XXXI, p. 387.

[16] Hodara, Kommen in den blutbereitenden Organen des Menschen normalerweise Plasmazellen vor? *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1896. Bd. XXII, p. 53.

einen von den anderen zu unterscheiden. In den zwei anderen Objekten beobachtete er Zellen, welche morphologisch den Plasmazellen ähnlich waren, die sich aber von ihnen durch das Färbungsverhalten differenzieren liefsen. Er kann nicht behaupten — sagt HODARA —, dafs die von ihm beschriebenen Polyeidocyten im Laufe der Zeit unter Einflufs irgend welcher Bedingungen in Plasmazellen übergehen können, aber er glaubt, dafs es für eine solche Umwandlung nötig sei, dafs das Protoplasma der ersteren einer krankhaften Veränderung unterliege, und dafs man, bis dieses nicht geschehen ist, sie für echte Plasmazellen nicht halten kann. Seine Beobachtungen resümierend, äufsert sich der Autor, dafs er in zehn von vierzehn von ihm untersuchten Objekten gar keine Plasmazellen gefunden hat; in zwei Objekten hat er dieselben konstatiert, doch waren beide Organe pathologisch verändert, nämlich zeigten Hypertrophie und enthielten hämorrhagische Felder; in zwei übrigen Fällen zeigten die von ihm beobachteten Zellen morphologische Eigenschaften der Plasmazellen, aber ihr Protoplasma war besonders durchsichtig, so dafs man sie mit Recht nicht als Plasmazellen betrachten konnte. Ohne vorläufiges Studium des Charakters der Plasmazellen kann man die Zellen, die er Polyeidocyten bezeichnet und die nichts weiteres als mononukleäre Leukocyten sind, leicht mit echten Plasmazellen verwechseln. Er halte — fährt der Autor fort — UNNAS Plasmazellen für ein pathologisches Produkt, da man sie anderenfalls immer in normalen blutbereitenden Organen treffen müfste; ob sie Abkömmlinge der Bindegewebszellen sind, wie es UNNA behauptet, oder der Lymphocyten und ihrer Übergangsformen, wie es v. MARSCHALKÓ beweist, diese Frage läfst er unbeantwortet, da er in dieser Richtung keine Untersuchungen unternommen hat.

Der nächstfolgende Autor, der sich mit Plasmazellen beschäftigte, war JÜSTI,[17] der zur Schlufsfolgerung kommt, dafs die Plasmazellen ihr Entstehen nicht den Bindegewebszellen, sondern den Leukocyten verdanken. Den Stützpunkt für seine Ansicht sieht er darin, dafs er in einiger Entfernung von Gefäfsen niemals typischen nicht-veränderten Plasmazellen begegnete, welch' letztere immer entweder unmittelbar an den Gefäfsen oder doch unweit von ihnen lagerten.

KROMPECHER[18] schliefst auf Grund seiner Untersuchungen, dafs die Plasmazellen von hämatogener Herkunft sind und dafs sie sich hauptsächlich aus Lymphocyten bilden, obwohl auch andere Leukocyten dem Vorgange der Plasmazellenbildung nicht fremd bleiben. Und da in den weiteren Stadien der Umwandlung diese Plasmazellen in Bindegewebs-

---

[17] JÜSTI, Über die UNNAschen Plasmazellen in den normalen und tuberkulösen Granulationen. *Virchows Arch.* 1897. p. 1197.

[18] KROMPECHER, Beiträge zur Lehre von den Plasmazellen. *Zieglers Beiträge.* 1898. Bd. XXIV, p. 163.

zellen übergehen, so schreibt er auch den letzteren die hämatogene Entstehung zu.

Schottländer,[19] der auch in dieser Richtung arbeitete, äufsert sich, dafs die Plasmazellen eine Übergangsstufe zwischen Lymphocyten und Bindegewebszellen sind, und dafs die Vielkernigkeit der Plasmazellen nur auf ihre starke Proliferationsthätigkeit hinweist. Er macht darauf aufmerksam, dafs er bei seinen Untersuchungen eine grofse Menge mitotischer Teilungsfiguren in den Plasmazellen beobachtete.

Joannovics,[20] seine Arbeit resümierend, sagt, dafs die Plasmazellen sowohl von den jungen Bindegewebszellen, wie auch von den Lymphocyten und mononukleären Leukocyten stammen können, dafs er aber damit, dafs die Plasmazellen nur einzig von bindegewebiger Herkunft sein können, wie es Unna meint, nicht einverstanden ist.

Marschalkó[21] bemerkt in seiner zweiten Arbeit, die einen polemischen Artikel gegen Unnas Anschauung über die Natur der Plasmazellen darstellt, in Bezug auf die Färbung nach Unnas Verfahren, dafs diese Färbung, spezifisch für Plasmazellen, nur für gewisse Gruppen der Zellen dienen könne und für die anderen wenig geeignet sei. Er wiederholt abermals, dafs die Plasmazellen, seiner Ansicht nach, keine hypertrophische Bindegewebszellen darstellen, sondern von Lymphocyten und mononukleären Leukocyten stammen, das heifst, dafs sie leukocytärer Natur sind. Sie ähneln, wie er meint, den Waldeyerschen Plasmazellen und sind mit den epithelioiden Zellen identisch, wobei er in Übereinstimmung mit anderen Autoren zu glauben geneigt ist, dafs die Plasmazellen auf dem Wege der Degeneration in epithelioide Zellen übergehen können. Es ist sehr möglich, sagt v. Marschalkó, dafs auch wirklich ein Zusammenhang zwischen Plasmazellen und Bindegewebszellen existiert, aber die ersteren entstehen nicht im Anfange aus letzteren, wie es Unna meint, sondern die Plasmazellen können umgekehrt in ihren weiteren Entwickelungsstadien direkt in Bindegewebszellen übergehen. Schon bei normalen Bedingungen — fährt er fort — können sich in den blutbereitenden Organen Plasmazellen bilden, und dieser Umstand weist darauf hin, dafs sie keine spezifische Natur besitzen, sondern ihr weiteres Schicksal bei verschiedensten pathologischen Prozessen ein und dasselbe bleibt. v. Marschalkó meint, dafs die typischen Plasmazellen aus den Lymphocyten entstehen, während die atypischen Formen der Plasmazellen, die Pseudoplasmazellen, die sich von den

---

[19] Schottländer, *Über Eierstocktuberkulose.* III. Kapitel. Jena. Verlag von G. Fischer.

[20] Joannovics, Über das Vorkommen, die Bedeutung und Herkunft der Unnaschen Plasmazellen bei verschiedenen pathologischen Prozessen. *Zeitschr. f. Heilkunde.* 1899. Bd. XX.

[21] v. Marschalkó, Zur Plasmazellenfrage. *Centralbl. f. allg. Path. u. pathol. Anat.* 1899. Bd. X, p. 851.

ersteren morphologisch differenzieren, von mononukleären Leukocyten stammen. Trotz der Verschiedenheit der Ansichten erkennt v. MARSCHALKÓ UNNAS Verdienst darin an, dafs der letztere durch seine Lehre von Plasmazellen den Anstofs zur Entwickelung der Frage vom Unterschied zwischen Leukocyten und Bindegewebszellen gegeben hat.

HERBERT,[22] der die Untersuchung der normalen und chronisch entzündeten Haut, wie auch der trachomatösen Lidschleimhaut beim Menschen, der Haut und der Darmschleimhaut bei Katzen und Meerschweinchen zum Gegenstande seiner Arbeit gewählt hat, kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlüssen. Das adenoide Bindegewebe ist das Zwischenstadium zwischen normalem Bindegewebe und Granulationsgewebe. Indem er auf den Übergang des normalen Bindegewebes in das adenoide und weiter in das Granulationsgewebe, die eine grofse Menge von Plasmazellen enthält, hinweist, äufsert er sich somit zu Gunsten der bindegewebigen Natur der letzteren. Er macht darauf aufmerksam, dafs das adenoide Bindegewebe lymphatischer Drüsen und Schleimhäute einem mehr weniger beständigen Reize seitens Mikroorganismen und ihrer Toxine unterliegt und dafs sich bei solchen Bedingungen das stetige Vorhandensein der Plasmazellen in ihren sämtlichen Entwickelungsstadien erklärt; andererseits enthält das Bindegewebe, welches mehr geschützt und weniger dem Reize unterworfen ist, diese Plasmazellen entweder zufällig oder als Folge einer mehr spezifischen Entzündung. Er gehört zu den wenigen Autoren, die auf die Menge der Mitosen in den Plasmazellen hinwiesen; diese letzteren waren, wie er behauptet, besonders auffallend merklich bei seinen Untersuchungen der trachomatösen Schleimhaut, wo zwischen grofsen Haufen von Lymphocyten eine kleine Menge Plasmazellen eingebettet war, deren Kerne karyokinetische Teilungsfiguren enthielten. Die Plasmazellen in den trachomatösen Follikeln, wie man aus seinen Beobachtungen sehen kann, unterliegen denselben Veränderungen, wie auch bei anderen entzündlichen Prozessen: sie degenerieren, zerfallen in kleinste Partikelchen und werden durch den Lymphstrom fortgeführt. HERBERT behauptet, bei Untersuchung seiner mikroskopischen Präparate beobachtet zu haben, wie die Plasmazellen aus dem Bindegewebe in die Gefäfse emigrierten, und da er das Umgekehrte niemals gesehen hat, so zwingt ihn dieser Umstand noch mehr, sich der Ansicht, dafs die Plasmazellen Bindegewebselemente und nicht Leukocyten darstellen, anzuschliefsen.

Die letzte Arbeit über Plasmazellen stammt aus UNNAS Laboratorium und ist soeben in *Virchows Archiv* erschienen. PAPPENHEIM,[23] der ein

[22] HERBERT, Die jungen Plasmazellen oder Lymphocyten bei der chronischen Entzündung. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1900. Bd. XXX, p. 313.

[23] PAPPENHEIM, Plasmazellen und Lymphocyten in genetischer und morphologisch-tinktorieller Hinsicht. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1901. Bd. XXIII, p. 340. (Kurzes Referat einer ausführlich in *Virchows Archiv* erscheinenden Arbeit.)

neues Färbungsverfahren der Plasmazellen, das ich unten besprechen werde, ausgearbeitet hat, kam auf Grund histologischer Untersuchungen zu folgenden Schlufsfolgerungen:

1. Unter Lymphocyten soll man nicht nur die kleinen Lymphzellen des normalen Blutes verstehen, sondern zu ihnen gehören auch sogenannte grofse Lymphocyten, die das Keimzentrum des lymphatischen Knotens darstellen und aus denen sich kleine Lymphocyten durch mitotische Teilung bilden. Diese grofsen Lymphocyten sind sowohl morphologisch, wie auch tinktoriell mit den grofsen typischen Plasmazellen ganz identisch.

2. Die kleinen Plasmatochterzellen, die sich von den grofsen Plasmazellen durch ihre geringere Gröfse und geringere Menge ihres Granoplasmas unterscheiden, besitzen einen ebensolchen runden Kern, wie die grofsen Mutterzellen, nur mit dem Unterschiede, dafs bei den letzteren der Kern typischer strukturiert ist. Morphologisch und tinktoriell unterscheiden sie sich von den kleinen Lymphocyten gar nicht, so dafs man nach PAPPENHEIM alle kleinen Lymphocyten eines Granulationsgewebes als kleine Plasmatochterzellen anzusprechen hat. Sie stammen von grofsen Plasmazellen durch normale progressive Teilung der letzteren ab und stehen somit mit letzteren in genealogischem Zusammenhange trotz der oben genannten morphologischen Abweichung.

3. Somit werden zwei Gruppen aufgestellt:

Grofse Plasmazellen — kleine Tochterplasmazellen,
Grofse Lymphocyten — kleine Lymphocyten.

Dafs die Tochterzellen keine kleinen Lymphocyten sein können, resultiert aus eben demselben obenerwähnten Grunde, der zur Annullierung der Anschauung v. MARSCHALKÓS geführt hat. Erst recht ist ein Zusammenhang zwischen Plasmamutterzellen und kleinen Lymphocyten abzulehnen. Dafs vollends die grofsen Plasmazellen keine grofsen Lymphocyten sind, ist schliefslich auch noch daraus zu folgern, dafs die grofsen Lymphocyten im normalen Blute überhaupt nicht vorkommen.

4. Auf diese Weise — sagt PAPPENHEIM — kommen wir zu dem Schlufs, dafs Lymphocyten und Plasmazellen zwei besondere Zellengruppen bilden, die untereinander in keinem direkten genetischen Zusammenhange stehen. Allerdings morphologisch und tinktoriell stellen sie äquivalente Bildungen dar, aber ihre Herkunft ist eine ganz verschiedene. Die Lymphocyten stammen von normalem Retikulärgewebe, die Plasmazellen aber sind Derivate der gereizten fixen Zellen des fibrillären Bindegewebes. Die ersteren behalten beständig ihre runde Form bei, während bei den letzteren dieselbe nur einen temporären Charakter trägt, da sie später unter Umständen wieder eine spindelförmige Gestalt annehmen können. Die Lymphocyten stellen eine normale Bildung dar, sie sind „Plasmazellen

des Retikulärgewebes", während die echten Plasmazellen, nach PAPPENHEIM, eine pathologische Bildung repräsentieren, die ihren Ursprung, im Gegensatz zu den Lymphocyten, von den Bindegewebszellen nehmen.

Da ich zur Zeit nur über den Abdruck der ersten Hälfte von PAPPENHEIMS Arbeit, die in *Virchows Archiv* erscheint, verfüge, so kann ich nicht seine Untersuchungen ausführlicher citieren, obwohl ich auch auf Grund dieser ersten Hälfte sagen kann, dafs das Material, mit welchem er gearbeitet hat, zwar grofs und mannigfaltig, doch nur von histologischem Charakter war.

Die Arbeiten über epithelioide Zellen überhaupt und über Bildung der Riesenzellen im speciellen übergehend, kann ich die Ansichten der Autoren, die über Plasmazellen gearbeitet haben, in folgenden kurzen Worten resümieren:

1. UNNA, der diese Frage zuerst erhoben hat, rechnet seine Plasmazellen zu den Zellen bindegewebiger Natur ohne embryonale Analogie und behauptet, dafs sie im normalen Gewebe nicht vorkommen.

2. NEISSER und JADASSOHN teilen v. MARSCHALKÓs Ansicht, der behauptet, dafs die Plasmazellen Abkömmlinge der lymphatischen Körper sind und dafs sie sich in sämtlichen normalen blutbereitenden Organen befinden.

3. HODARA, der in normalen blutbereitenden Organen keine Plasmazellen gefunden hat, hält sie im Gegensatz zu v. MARSCHALKÓ für ein pathologisches Produkt.

4. JÜSTI neigt sich zu Gunsten der leukocytären Natur der Plasmazellen, da er bei seinen Untersuchungen typische Plasmazellen immer nahe den Gefäfsen und nicht weit von ihnen beobachtete.

5. SCHOTTLÄNDER meint auf Grund seiner Untersuchungen, dafs die Plasmazellen eine Übergangsstufe zwischen Lymphocyten und Bindegewebszellen darstellen.

6. JOANNOVICS sagt im Resumé seiner Arbeit, dafs die Plasmazellen sowohl von Bindegewebszellen, wie auch von Lymphocyten und mononukleären Leukocyten stammen können.

7. HERBERT, der bei seinen Untersuchungen den Übergang des normalen Bindegewebes in adenoides und weiter in Granulationsgewebe, das hauptsächlich aus Plasmazellen bestand, beobachtet hatte, spricht sich somit für die bindegewebige Natur der Plasmazellen aus.

8. PAPPENHEIM vermittelt die entgegenstehenden Ansichten, indem er die bindegewebige Herkunft der Plasmazellen anerkennt und dafür eintritt, dafs Plasmazellen und Lymphocyten zwei besondere parallele Zellgruppen bilden, die untereinander in keinem genetischen Zusammenhange stehen, deren entsprechende Glieder aber in tinktorieller und morphologischer Beziehung einander gleichen. Die Lymphocyten stammen von normalem

Retikulärgewebe, während die Plasmazellen Derivate der fixen Bindegewebszellen sind; die Lymphocyten stellen eine normale Bildung dar, sie sind Plasmazellen des Retikulärgewebes, während die echten Plasmazellen eine pathologische Bildung repräsentieren, „Lymphocyten des gereizten Bindegewebes" sind.

Demzufolge sind UNNAS Plasmazellen, der Ansicht einer Gruppe von Autoren nach, Lymphocyten, die in den weiteren Stadien ihrer Veränderung in Bindegewebszellen übergehen, und da das Bindegewebe sich somit aus Blutelementen bildet, so schreiben sie auch diesem eine hämatogene Herkunft zu. Die anderen Autoren meinen, daſs die Plasmazellen keine Lymphocyten sind und mit ihnen nichts zu thun haben, sondern daſs sie von den Bindegewebszellen stammen. Es fehlt selbstverständlich, wie es ziemlich oft beobachtet wird, auch nicht an Untersuchern, die sich in dieser Frage an die goldene Mitte halten und die Plasmazellen sowohl zu Leukocyten, wie auch zu Bindegewebszellen rechnen.

Nachdem ich die Litteratur der Frage skizziert habe, wobei ich mich ganz objektiv zu halten bemühte und die obenerwähnten Arbeiten, wie auch die Ansichten über die Natur der epithelioiden Zellen keiner Kritik unterworfen habe, gehe ich jetzt zu den Färbungsverfahren, die gegenwärtig in UNNAS Laboratorium zur Tingierung der Plasmazellen angewendet werden, über.

Das erste Verfahren besteht in der Färbung mit polychromer Methylenblaulösung und in der Entfärbung mit Glycerinäther-Mischung; stets werden die Präparate in Alkohol gehärtet und in Cellodin eingeschlossen.

Nachdem die Schnitte von Celloidin befreit sind, bringt man sie in 80%igen Alkohol, wäscht im Wasser aus und färbt sie 1—3 Minuten in der polychromen Methylenblaulösung. Aus der letzteren bringt man sie ins Wasser zur Entfernung überflüssiger Farbe, worauf man sie 2—3 Minuten lang in Glycerinäther-Mischung (5—10 Tropfen auf ein Schälchen Wasser) hineinlegt.

Nach der Entfärbung der Schnitte durch Glycerinäther-Mischung spült man sie sehr sorgfältig in Wasser ab, entwässert etwa 1—2 Minuten lang in absolutem Alkohol, dann ebensolang wiederum in frischem absoluten Alkohol, hellt für 1—3 Minuten in Bergamottöl auf und montiert endlich in Canadabalsam.

Das zweite Verfahren besteht in der Färbung mit polychromer Methylenblaulösung und Entfärbung mittelst Anilinalaun (zum Anilinöl wird im Überschuſs Alaunpulver zugefügt; das über letzterem befindliche Anilinöl entfärbt um so besser, je älter die Mischung ist; man thut gut, sie nach jedesmaligem Gebrauche umzuschütteln.

Die von Celloidin befreiten Schnitte werden in 80%igen Alkohol, dann in Wasser und von da 1—2 Minuten in polychrome Methylenblau-

lösung gebracht. Darauf spült man die gefärbten Schnitte behufs Entfernung des Farbeüberschusses in Wasser, entwässert sie einige Minuten lang in Alkohol-Xylol (ana), entfernt dann den Alkohol in reinem Xylol ebenfalls während einiger Minuten und bringt die Schnitte dann wenigstens auf 10 Minuten, bei gröfserer Schnittdicke auf 20—25 Minuten in die Anilin-Alaun-Mischung; die genügend entfärbten Schnitte werden schliefslich in Xylol vom Anilin befreit und in Canadabalsam eingeschlossen.

Das dritte Verfahren besteht in der Färbung mit polychromer Methylenblaulösung und neutraler Lösung von Orcëin (Grübler).

Die Schnitte, von Celloidin befreit, werden zuerst in 80%igen Alkohol, dann in Wasser und auf 10—15 Minuten in polychrome Methylenblaulösung gebracht; darauf spült man sie wieder in Wasser ab und bringt sie auf 10—20 Minuten in die neutrale Orcëinlösung (1%ige Orcëinlösung in absolutem Alkohol); dann werden die Schnitte in absolutem Alkohol entwässert, in Bergamotöl aufgehellt und endlich in Canadabalsam eingebettet.

Abgesehen von diesen drei Methoden der Plasmazellenfärbung, die sich in der mikroskopischen Technik schon eingebürgert haben, ist gegenwärtig von Pappenheim in Unnas Laboratorium ein neues Verfahren der Plasmazellenfärbung ausgearbeitet worden. Dieses Verfahren ist eine Übertragung seiner Lymphocytenfärbung auf Schnitte und besteht in Färbung mit einer Mischung von Pyronin und Methylengrün, wobei das Protoplasma der Plasmazellen durch Pyronin intensiv rot und die Kerne durch Methylengrün bläulich-grün resp. violett gefärbt werden. Die Plasmazellen, nach Pappenheims Verfahren gefärbt, wurden auf dem letzten Kongresse deutscher Naturforscher und Ärzte in Hamburg im September v. J. in der pathologischen und dermatologischen Sektion demonstriert.

Die Färbung der Plasmazellen nach Pappenheim besteht in folgendem:

Die Schnitte, von Celloidin befreit, kommen auf 5—10 Minuten in eine Mischung aus 5 Tropfen 1%iger wässeriger Pyroninlösung und 15 Tropfen 1%iger ebenso wässeriger Methylengrünlösung; sodann spült man sie im Wasser ab und bringt sie auf 1—2 Minuten in 1%ige Resorcinlösung von Alkohol absolut. Nach abermaliger Abspülung im Alkohol absolut. bringt man sie in Bergamottöl und montiert dann in Canadabalsam.

Um den Charakter der Plasmazellen und ihr Verhalten zum umgebenden Gewebe bei der Färbung mit sämtlichen obenerwähnten Verfahren zu studieren, untersuchte ich auf Plasmazellen das Granulationsgewebe, die Actinomycose, den Lupus, das Knotensyphilid, das Rhinophym und das Rhinosklerom.

Das Protoplasma der typischen Plasmazellen färbt sich bei Verwendung der polychromen Methylenblaulösung tiefblau, was von der grofsen Affinität des Granoplasmas zu Methylenblau abhängt. Dabei zeigt es sich, dafs die

körnige, blaugefärbte Masse des Granoplasmas in vielen Fällen den Zellenleib vollständig erfüllt; in der Mehrzahl der Fälle aber einzelne Waben freiläfst. Diese granoplasmafreien Waben sind ganz unregelmäfsig über den Zellenleib verteilt, sitzen ebensooft an der Peripherie, wie in der Nähe des Kernes und dazwischen und bilden durchaus nicht eine den Kern regelmäfsig umgebende Zone.

Bei geringer Menge des Granoplasmas tritt das spongioplastische, wabige Gerinnst der Zellen noch mehr hervor und zwar in einer mehr im Violett spielenden Färbung.

Der Saft der Plasmazellenkerne erscheint fast ganz farblos, während ihre Chromatinkörner, die meistenteils in der Zahl von 5—7 an der Peripherie und 1—2 im Zentrum liegen, ebenso wie auch die Chromatinfäden der Kerne sich tiefblau färben.

In sämtlichen von mir untersuchten pathologisch veränderten Geweben befanden sich die Plasmazellen ganz frei in den Bindegewebsräumen und in keinem Zusammenhange weder mit den Bindegewebsfasern, noch miteinander, den Teilungsmoment ausgenommen, wie ich es auf den Fig. 6 und 9 dargestellt habe. Die grofsen, regelmäfsig ausgebildeten Plasmazellen finden sich im allgemeinen in der Nähe der Gefäfse, während in einiger Entfernung von den letzteren sich ihr Charakter häufig verändert, indem sie sich verkleinern und eine gröfsere Menge degenerierter Formen aufweisen.

Auf Fig. 1—4 habe ich typische Plasmazellen, mit polychromer Methylenblaulösung gefärbt, dargestellt; sie besitzen gewöhnlich eine runde oder ovale Form, und ihr Kern liegt als Regel excentrisch, obwohl man auch Plasmazellen mit zentral in ihnen befindlichen Kernen beobachten kann. Sie ordnen sich selten allein an, meistenteils gruppenweise und können infolge des gegenseitigen Druckes ihre Form ändern, so dafs man neben runden und ovalen auch kubische und polygonale Formen der Plasmazellen konstatiert. In solchen Fällen sieht man auch Plasmazellen mit einem oder zwei kleinen Ausläufern, wie es Fig. 4 zeigt. Ob diese kleinen Ausläufer ihr Entstehen dem Übergange der Plasmazellen in Spindelzellen verdanken, oder ob sie vielleicht Fortsätze einer Spindelzelle darstellen, die eingezogen sind, mufs dabei unentschieden bleiben.

Dieselben Figuren zeigen, dafs das stark gefärbte Protoplasma der Plasmazellen an Masse die Gröfse des Kernes 2—3 mal übertrifft.

Bei der Färbung der Plasmazellen mit der Pyronin-Methylengrün-Mischung wird ihr Protoplasma leuchtend rot tingiert. Die Kerne zeigen, ebenso wie bei der Anwendung von polychromer Methylenblaulösung, einen farblosen Kernsaft, die Chromatinfäden und -körner aber in bläulichgrüner, gesättigter Farbe. Meiner Ansicht nach heben sich auf den gut mit Pyronin tingierten Präparaten die Konturen der Plasmazellen schärfer

ab, als bei Anwendung der polychromen Methylenblaulösung, weshalb man bei der ersten Färbung bequemer verschiedene Veränderungen im Protoplasma beobachten kann.

Nach Unnas Theorie gehen die Plasmazellen in spindelförmige Bindegewebszellen über oder degenerieren und zerfallen in kleinste Partikelchen. Grofse Plasmazellen können direkt degenerieren, wobei das degenerierte Protoplasma zerfällt und so Zellen mit geringer Menge von Protoplasma Unnas Plasmatochterzellen — entstehen; aber vorher kann noch ein Zwischenstadium eintreten — die Teilung der Zellen, wonach wiederum Degeneration dieser kleineren Zellen mit Bildung von Plasmatochterzellen erfolgen kann. Je nach der Menge des degenerierten Protoplasmas, welches neben dem Kern der Plasmazelle sich erhalten hat, ist die Gröfse der Tochterzellen sehr verschieden. So kann man in den Tochterplasmazellen (Fig. 10) sehen, dafs eine von den degenerierenden Plasmazellen noch eine ziemlich grofse Menge des zerfallenden Protoplasmas besitzt, während die übrigen Tochterzellen schon einen anderen Charakter zeigen: ihr Protoplasma umgiebt den Kern nicht von allen Seiten, sondern nur von einer oder zwei und nicht in der Form eines breiten Saumes, sondern in der Form eines zerfallenden Hofes. — Daneben, unweit von den degenerierenden, zerfallenen Tochterplasmazellen, kann man auch einzelne kleine Schollen des von den Plasmazellen abgestofsenen, rot gefärbten Granoplasmas bemerken (Fig. 11). Man sieht hier Protoplasmafetzen, welche durch Pyronin ebenso gefärbt sind, wie das Protoplasma normaler, nicht degenerierter Plasmazellen.

Während die einen Plasmazellen degenerieren und dem Zerfalle anheimfallen, gehen andere in spindelförmige Bindegewebszellen der Narben, wo diese vorkommen. Diesen Übergang kann man, wie es mir scheint, sehr bequem sowohl in der sich bildenden lupösen Narbe, wie auch im Granulationsgewebe beobachten, und er vollzieht sich, wie ich mich auf meinen Präparaten überzeugen konnte, folgendermafsen. Die Plasmazelle schickt einen oder zwei Ausläufer aus, die die Färbung schon nicht so intensiv aufnehmen, wie der Plasmazellenleib selbst; in diesen Ausläufern ist das Wabengewebe des Spongioplasmas deutlich zu bemerken, während das Granoplasma, welches dem Plasmazellenprotoplasma eine mehr gesättigte Färbung verleiht, offenbar schwach vertreten ist, weshalb wir folgendes Färbungsbild bekommen. Neben dem Kerne ist die Färbung des Protoplasmas ziemlich intensiv und dieser Unterschied zwischen dem zentralen und dem peripherischen Teil des Protoplasmas ist noch in der völlig gebildeten spindelförmigen Bindegewebszelle zu sehen. Die Protoplasmaausläufer, indem sie sich verlängern, zerfallen zuweilen in dünnere Fortsätze, die zwischen den Fortsätzen anderer ebensolcher Zellen gelegen sind. Fig. 13—18 zeigen verschiedene Stadien des Überganges der Plasma-

zellen in spindelförmige Bindegewebszellen. Fig. 19 stellt einen Bezirk des Bindegewebes dar, wo neben den typischen Plasmazellen sich auch Übergangsformen und völlig ausgebildete Bindegewebszellen befinden. Die Kerne der aus den Plasmazellen gebildeten Bindegewebszellen zeigen ebenfalls alle möglichen Übergangsbilder. Im allgemeinen sind sie gröfser als die der Plasmazellen und enthalten weniger Chromatin, so dafs sie bei stärkerer Entfärbung leicht fast völlig farblos erscheinen.

Auf Grund der Durchmusterung einer grofsen Zahl Präparate, die ich auf Plasmezellen gefärbt habe, um den Charakter der Kernteilung zu eruieren, kam ich zu dem Schlufs, dafs ihre Teilung nicht nur eine mitotische sein kann, da die Zahl der karyokinetischen Figuren sehr unbedeutend ist; die Zellvermehrung mufs daher auch noch auf amitotischem Wege vor sich gehen. Unna, der sich mit dieser Frage am meisten beschäftigte, sagt ebenfalls, dafs die Mitosen sehr selten zu treffen sind; einige Autoren verzeichnen aber eine grofse Zahl von Mitosen, und die anderen, sich darauf allein stützend, wollen die bindegewebige Natur der Plasmazellen anerkennen, obwohl Unna selbst, dem die Initiative dieser Frage gebührt, dieses Merkmal, resp. sein Fehlen, nicht als Beweis der Richtigkeit der histiogenen Natur der Plasmazellen anführt. In den grofsen Plasmazellen mit unverändertem, regelmäfsig und stark gefärbtem Protoplasma tritt bald nach der amitotischen Kernteilung die Protoplasmateilung ein, und in einigen Zellen kann man konsekutiv sämtliche Stadien dieser Art der Teilung beobachten. So stellt Fig. 5 eine grofse Plasmazelle mit zwei Kernen dar; auf Fig. 6 ist das Plasmazellenprotoplasma beinahe in zwei Teile geteilt, und nur ein kleiner Bezirk des Protoplasmas vermittelt noch den Zusammenhang beider Tochterzellen; diese gegenseitige Berührung tritt schon auf Fig. 7 in viel weniger ausgesprochener Weise auf, und in Fig. 8 berühren schon die Tochterzellen einander nicht.

Unna, die Veränderungen der Plasmazellen besprechend, weist weiter auf ihre hyaline Degeneration und auf eine solche Veränderung hin, bei welcher das Protoplasma das Aussehen des Seifenschaumes annimmt, weshalb er auch dieselben als Schaumzellen bezeichnet. Obwohl diese Schaumzellen sich in geringer Menge überall da, wo Plasmazellen sind, befinden, scheint es mir doch, dafs man sie bequemer im Granulationsgewebe, wo sie stark vertreten sind und wo sie bei guter Färbung scharf in die Augen treten, beobachten kann. Fig. 20, 21, 22 und 23 geben einen Begriff von dem Charakter dieser Zellen; ihr Protoplasma scheint aus einzelnen Vacuolen oder besser Waben zu bestehen, deren Hülle sich schwach färbt, während ihr zentraler Teil tinktoriell reaktionslos bleibt. In einigen Plasmazellen sind diese Vacuolen fast sämtlich von gleichen Dimensionen, sie sind klein, während sie in anderen grofs sind und alle Übergänge von kleinen bis zu sehr grofsen Vacuolen erkennen lassen. Die Schaumzellen-

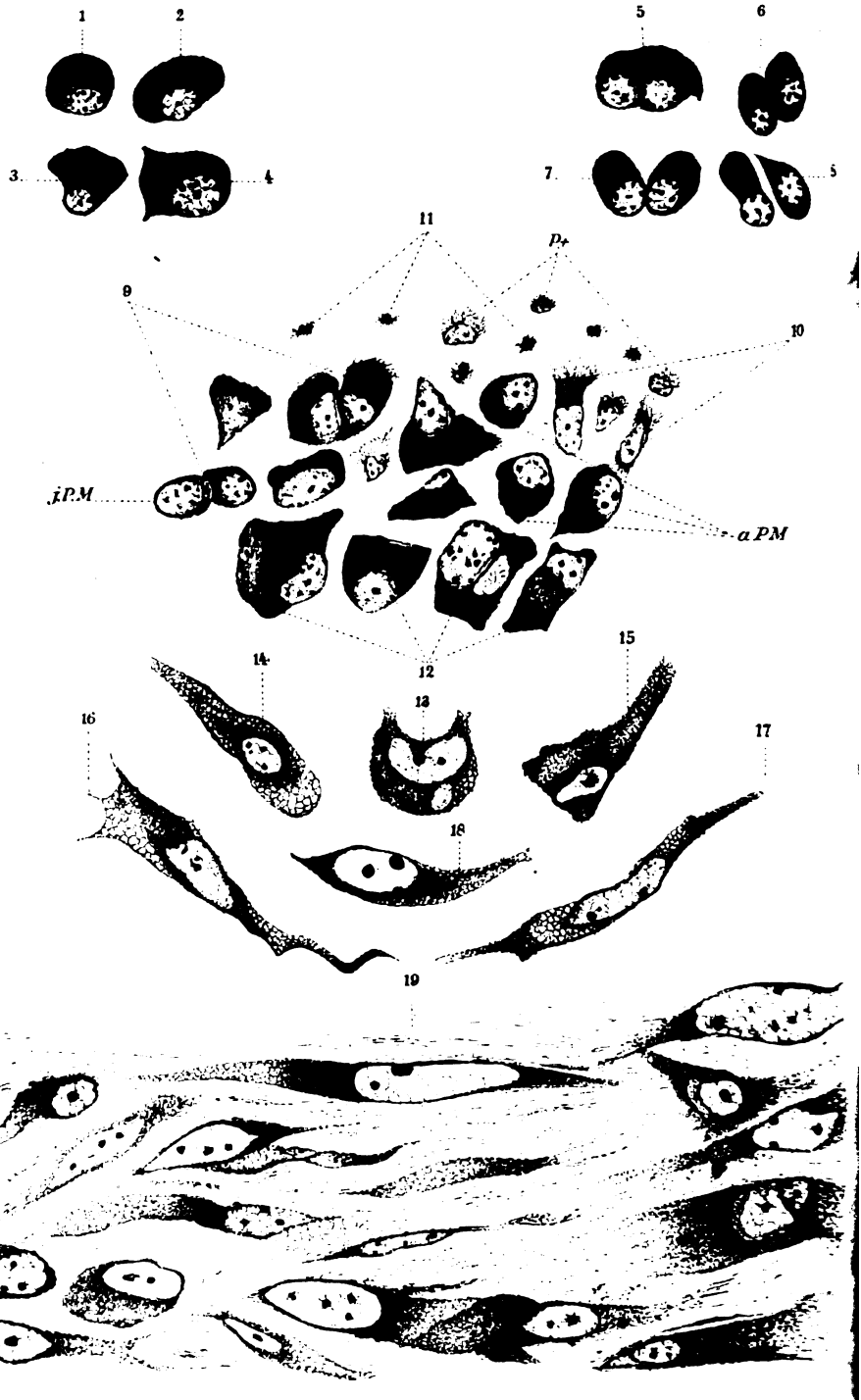
kerne entfärben sich nicht so leicht, wie die Kerne der unveränderten Plasmazellen; die Zahl der Chromatinkörner und -fäden, die stark tingibel sind und die Färbung nicht abgeben, sind hier viel stärker vertreten, weshalb die Kerne, die sich in der Zelle entweder zentral oder excentrisch lagern, dunkler erscheinen. In Bezug auf die Gröfse sind diese Schaumzellen stets wenigstens etwas gröfser als die unveränderten Plasmazellen, sie haben fast immer eine runde oder ovale Form und analog den normalen Plasmazellen befinden sie sich in keinem Zusammenhang sowohl untereinander, wie auch mit den Spindelzellen.

Die hyalin-degenerierten Plasmazellen sind von UNNA zuerst bei Rhinosklerom konstatiert. Fig. 24, 25, 26 und 27 stellen verschiedene Stufen der hyalinen Degeneration der Plasmazellen bei Rhinosklerom dar. Auf Grund meiner Präparate, mit polychromer Methylenblaulösung und Safranin gefärbt, konnte ich mich überzeugen, dafs die hyaline Entartung der Plasmazellen gewöhnlich an der Peripherie der Zelle beginnt und sich in der Richtung gegen das Zentrum zu verbreitet. Im Anfange der Degeneration besitzt die Plasmazelle noch eine normale Gröfse, wie man es in Fig. 24 sehen kann; aber nachdem der degenerative Prozefs die ganze Zelle zu ergreifen beginnt, wird sie gröfser, wie es Fig. 25 und 26 zeigen. Die Hyalinschollen, im Anfange der Plasmazellendegeneration klein, vergröfsern sich im weiteren Verlaufe des Prozesses und nehmen schliefslich den ganzen Raum des Protoplasmas ein, wobei sie den Zellenkern umgeben oder ihn an die Peripherie drängen. In einigen Fällen kann man, trotz des Zusammenfliefsens kleiner Hyalinschollen und der Bildung grofser Schollen, die sich im Protoplasma in der Zahl 2—3 neben dem Kerne oder an der Peripherie des degenerierten Protoplasmas anordnen, einen kleinen Bezirk von unverändertem Protoplasma beobachten, wie wir es auf Fig. 26 sehen. Der Plasmazellenkern verfällt nicht der hyalinen Degeneration und, wie ich an meinen Präparaten beobachten konnte, liegt der unveränderte Plasmazellenkern, von den ihn umgebenden und hyalin degenerierten Protoplasmateilen infolge des Protoplasmazerfalles befreit, ganz isoliert nebenbei oder in einiger Entfernung. Fig. 27 stellt eine Gruppe Hyalinschollen des zerfallenen Plasmazellenprotoplasmas dar.

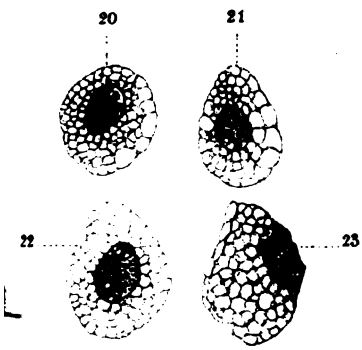
Nachdem ich den Charakter der typischen grofsen Plasmazellen, der Tochterplasmazellen, welche als Folge entweder direkter Degeneration der grofsen Plasmazellen oder einer Degeneration mit Zwischenstadium der Teilung in kleinere Zellen, gezeigt und auf den Übergang der Plasmazellen in spindelförmige Bindegewebszellen der Narbe, auf die hyaline Degeneration und auf die sogenannte schaumige Veränderung des Plasmazellenprotoplasmas und die Bildung auf solche Weise gebildeter Schaumzellen hingewiesen habe, gehe ich jetzt zu denjenigen Plasmazellen über, die sich an der Bildung der Riesenzellen beteiligen.

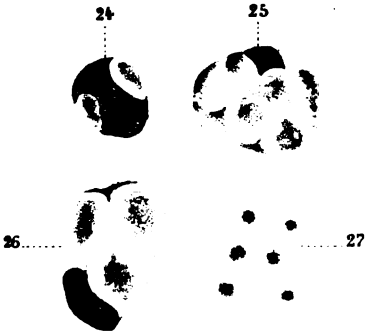
Plasmazellen, die nur eine gröfsere Zahl von Kernen, aber normal tingibles Granoplasma enthalten, sind noch, wie UNNA meint, keine Riesenzellen. Das Entstehen solcher Zellen erklärt er dadurch, dafs der grofse Plasmazellenleib nicht immer gleichen Schritt mit dem Kerne selbst bei der raschen Teilung hält, weshalb die Plasmazelle bei unverändertem Protoplasma mehrere Kerne aufweist. Bei einigen Hauterkrankungen und insbesondere beim Lupus beobachtete UNNA eine besondere Veränderung solcher Zellen, die in keine bekannte Degenerationsart hineinpafst und welche er mit dem Namen „homogene Schwellung" getauft hat. Der Homogenisationsvorgang ergreift zuerst das Protoplasma und erst später die Kernsubstanz, die manchmal auch gar nicht von ihm getroffen wird. Infolge einer solchen homogenen Schwellung bestreben sich die Plasmazellen, eine runde Form anzunehmen; sie besitzen eine etwas bedeutendere Gröfse und ihr Verhalten zur Protoplasmafärbung unterscheidet sich ebenfalls von von der Färbung des Protoplasmas der normalen, nichtveränderten Plasmazellen. Während der unveränderte Teil des Protoplasmas sich normal tingiert, färbt sich der andere Teil desselben infolge der homogenen Veränderung schwächer, und demzufolge werden im Protoplasma einer solchen etwas vergröfserten, runden, homogenisierten Plasmazelle schwach gefärbte, gleichsam durchscheinende Stellen beobachtet. Im lupösen Gewebe liegen die homogenisierten Plasmazellen auch einzeln, aber meistenteils gruppenweise; ihre runde Form, infolge des gegenseitigen Druckes, wird unregelmäfsig verändert. Fig. 28, 29, 30, 31 und 32 stellen solche homogenisierte Plasmazellen dar.

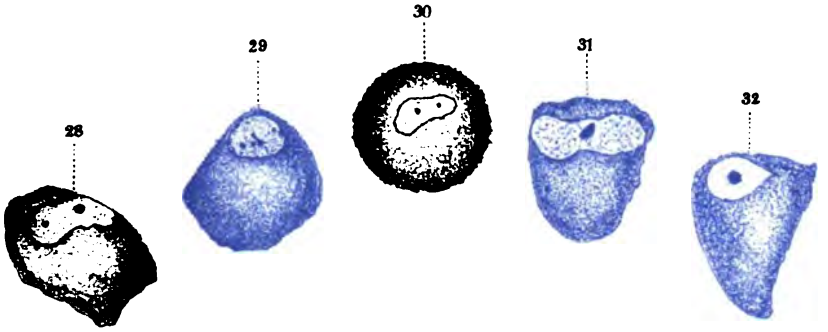
Nach UNNAS Ansicht bilden sich kleine Riesenzellen vermöge der Kernproliferation im homogenisierten Protoplasma. Den Typus solcher kleinen Riesenzellen stellen Fig. 33 und 34 dar, wo im homogenisierten Protoplasma der ersten Zelle zwei und der zweiten Zelle drei Kerne eingebettet sind. Wenn zwischen den unveränderten Plasmazellen eine Gruppe homogenisierter Zellen eingeschlossen ist, so beginnen die letzteren einen Druck auf die sie umgebenden gesunden Plasmazellen, die entweder von allen Seiten oder nur von einer die degenerierende Zellengruppe kappenartig umschliefsen, auszuüben. Auf solche Weise entstehen, wie UNNA meint, die grofsen Riesenzellen, die aus dem zentralen, anschwellenden und komprimierenden, homogenisierten Teile und dem peripherisch proliferierenden bestehen; eben deshalb ist er auch der Meinung, dafs eine solche Bildung keine Einheit, keine Riesenzelle im buchstäblichen Sinne des Wortes ist. Zum Beweis der Richtigkeit seiner Anschauung weist er darauf hin, dafs er in einigen Riesenzellen Lücken zu beobachten Gelegenheit hatte, worin elastische Fasern frei eingebettet und nicht absorbiert erschienen. Endlich sieht er einen Stützpunkt für seine Auffassung auch darin, dafs man bisweilen im Zentrum homogenisierter, schwach gefärbter

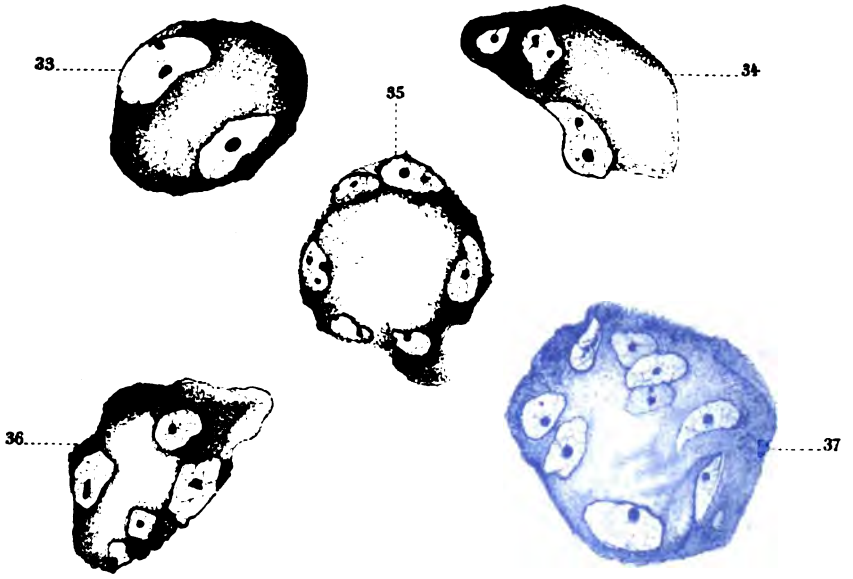


Himmel









Lith. Anst. Julius Klinkhardt Leipzig

Leipzig).

Riesenzellen Zellenelemente beobachten kann, welche dasselbe Verhalten zur Färbung aufweisen, wie die normalen, nichtveränderten Plasmazellen. Er meint, dafs diese Zellenelemente normale, nichtdegenerierende Plasmazellen darstellen, die in den homogenisierten Bezirk eingeschlossen wurden. Fig. 35, 36 und 37 machen uns mit dem Charakter grofser Riesenzellen bei der Färbung mit polychromer Methylenblaulösung bekannt.

Herrn Dr. UNNA für die liebenswürdige Bereitwilligkeit, mit der er mir stets seine reiche Erfahrung bei meinen Beschäftigungen mit Histopathologie der Haut in seinem Laboratorium zur Disposition stellte, sage ich an dieser Stelle meinen aufrichtigsten Dank.

Erklärung der Abbildungen.

(ZEISS: Oc. comp. 6, Ob. 1/12.)

Fig. 1, 2, 3 und 4 stellen normale Plasmazellen dar (polychrome Methylenblaulösung).

Fig. 5, 6, 7 und 8 stellen Plasmazellen in verschiedenen Teilungsstadien dar (polychrome Methylenblaulösung).

Fig. 9—12 Methylengrün-Pyroninfärbung; j. P.-M. sind junge Plasmamutterzellen (nach PAPPENHEIM) mit schmalem Cytoplasmarand; a. P.-M. sind alte Plasmamutterzellen mit voluminösem Plasmaleibe; p. t. sind lymphocytoide Plasmatochterzellen (nach PAPPENHEIM), deren Cytoplasma fast frei von Granoplasma ist.

Fig. 13, 14, 15, 16, 17 und 18 stellen den Übergang der Plasmazellen in spindelförmige Bindegewebszellen dar (polychrome Methylenblaulösung).

Fig. 19 stellt Narbengewebe dar, in welchem man den Übergang der Plasmazellen in spindelförmige Bindegewebszellen der Narbe beobachten kann (polychrome Methylenblaulösung).

Fig. 20, 21, 22 und 23 stellen Schaumzellen dar (polychrome Methylenblaulösung).

Fig. 24, 25 und 26 stellen Plasmazellen in verschiedenen Stadien der hyalinen Degeneration dar (safraninhaltige, polychrome Methylenblaulösung).

Fig. 27 stellt Hyalinschollen der zerfallenen hyalin-degenerierten Plasmazelle dar (safraninhaltige, polychrome Methylenblaulösung).

Fig. 28, 29, 30, 31 und 32 stellen homogenisierte, vergröfserte Plasmazellen dar (polychrome Methylenblaulösung).

Fig. 33 und 34 stellen kleine Riesenzellen dar (polychrome Methylenblaulösung).

Fig. 35, 36 und 37 stellen grofse Riesenzellen dar (polychrome Methylenblaulösung).

Feuilleton.

Historische Streifzüge.

(Galenus, II. Teil.)

Von

Dr. Moritz Cohn-Hamburg.

Im voraus bitte ich den Leser um Entschuldigung, wenn im folgenden Teil Namen und Zahlen den gröfsten Raum in Anspruch nehmen. Galenus hat entsprechend seinem grofsen Umfang alle im Altertum bekannten Krankheiten erwähnt. Die meisten Angaben sind jedoch von Hippokrates, Celsus u. a. entlehnt. Allerdings macht das ganze Werk nach seiner Anlage keinen einheitlichen Eindruck. Ich halte es nicht für ausgeschlossen, dafs es späteren Forschern gelingen wird nachzuweisen, dafs die unter dem Namen Galenus überlieferten Werke kompilatorische Beiträge einer galenischen Schule sind, wofür mir ganz besonders die oft seitenlangen Wiederholungen, fast mit genau denselben Worten wie in einem früheren Bande, zu sprechen scheinen. Wollte ich nun nur diejenigen Krankheiten anführen, von welchen Galenus eine genauere Krankheitsschilderung giebt, so würden viele Erkrankungen der Haut wegfallen, weil er überhaupt keine Definition von ihnen giebt — pathologische Anatomie kennt er selbstredend nicht —, sondern nur die Therapie angiebt. Würde ich diese nicht anführen, so würde man umgekehrt auf den Gedanken kommen, dafs diese Erkrankungen unserm Autor unbekannt waren. Vorweg will ich gleich bemerken, dafs die Nomenklatur meiner Meinung nach sich meistens nicht mit den heutigen Begriffen derselben Bezeichnung deckt. Im Vergleich zu der darauf verwendeten Zeit ist das Ergebnis ein recht dürftiges. Es sind ja in der Hauptsache therapeutische Winke; oftmals unterliegen auch diese noch grofser Schwierigkeit im Deuten, weil wir es hier viel mit Eigennamen von Pflanzen u. ähnl. zu thun haben.

So erfahren wir denn auch über die Epheliden (cf. III. Teil Celsus in *dieser Zeitschrift*, 1897, Bd. 25) eigentlich nichts. Als Heilmittel führt er an: Bohnenmehl mit Salpeter (VI, 530), Melonen (ibid. 564), Weinstock (XI, 826), Mandeln (ibid. 827), Eichel (ibid. 845), Kohl (XII, 42), Krokodilskot (ibid. 308), Asche vom Tintenfisch (ibid. 347); ferner den Saft der gestofsenen und gesiebten Wurzel der Waldgurke, oder, nachdem das Gesicht mit Nitrum eingerieben ist, Kohlwurzel, welche in Schafgalle getaucht ist;

Gurken und Feigen in Essig gekocht; Kataplasmen aus bitteren Mandeln, welche mittels starken Essigs ihrer Schale beraubt sind; Myrte und Safran in Wasser maceriert (XIV, 420—423) u. a. mehr. Dieselben Heilmittel wurden auch zum gröfsten Teile gegen Lentigines verwendet; gegen Naevus πολυγόνατος [Buchweizenart?] (XII, 106).

Ἄλφός (gleichbedeutend mit Vitiligo?) tritt weifs oder schwarz besonders im Frühling auf (V, 694 ferner XVII B, 615); bei ihr ist nicht das ganze Fleisch verändert, sondern nur die Hautoberfläche; wie Schuppen sind sie dieser eingelagert (VII, 227). Könnte hier jemand an circumscripte Sklerodermie denken? Die weifsen Flecken sind die Folge eines phlegmatischen, die schwarzen eines melancholischen Chymos (ibid.); anderweitig (XIV, 758) leitet er die dunkle Vitiligo von der schwarzen Galle her und die weifse von nicht salzigem Schleim. Differentialdiagnostisch sagt er: Die Leuke hat Ähnlichkeit mit dem Alphus albus, sie hat aber ein Aussehen, mehr der weifsen Erde gleich. Von der Lepra unterscheidet er sich, dafs die Haut glätter und weniger rauh ist, als bei diesen (XIV, 759). Von den vielen Heilmitteln führe ich nur an: τηλέφιον (Liebeskraut) mit Essig, Krokodilkot, Sepia (XII, 141, 308, 347), rote Ochsenzunge in Essig, Eichel, Drachenkraut mit Essig, Althaea, Färberröte mit Essig, Feigbohnen (XI, 812, 845, 864, 867, 878, 885). Nebenbei hält er Alphos für ein rheumatisches Übel (VII, 22).

Unter Noma versteht Galenus faulige Geschwüre, welche ihre Umgebung zerfressen. Sie bedürfen daher sehr energischer Behandlung, so dafs man oft gezwungen wird, das Glüheisen anzuwenden. Die Heilmittel bestanden aus Schwefel, Auripigment (ἀρσενικός), Squama (λεπίς) und gebranntem Erz, trocken oder mit Honig (XIII, 851, 852). Auch aus Aloe, Akazie, Galläpfel, Crocus, Weihrauch, Myrrhe, Wein, Alaun (ibid. 831), oder Squama, Arsenik, Schwefel, Blei, verbranntem Papier (ibid. 841). Schliefslich erwähne ich von den vielen andern noch ein Pflaster aus Wachs, Terpentinharz, Stierfett, Bleisulphat, Erzschuppen, Manna, unreifen Galläpfeln, Essig und Honig (XIII, 886).

Anthrax wird von Kühn mit Carbunculus übersetzt und als ein Geschwür geschildert, welches mit starker Entzündung einhergeht und leicht zur Nekrose der Umgebung führt. Es erfordert schnelle und energische Behandlung mit Kataplasmen (XIII, 854 u. ff.). Ferner giebt G. eine grofse Anzahl von Pflastern an, welche fast alle Medikamente enthalten, welche damals überhaupt äufserlich angewendet wurden. Die Ursache dieses geschwürigen Tumors sieht er in fauligem, zu melancholischem Blute oder in einem krustösen Geschwür, welches zu einer starken Entzündung der angrenzenden Teile geführt hat (XIX, 442 und XV, 342). Diese Form des Anthrax trat in Asien endemisch auf und führte zur Ulceration mit Entzündung und schwärzlicher Verfärbung (X, 980). Im

siebenten Bande auf Seite 719 schildert er den Anthrax etwa folgendermafsen: „Anthrax und Gangrän entstehen, wenn gleichsam glühendes Blut, welches der Entzündung nahe steht, die Haut durchbrennt. Deshalb beginnen sie mit einem Schorf, und Pusteln gehen dem Geschwür voran, wie bei einer Verbrennung und bringen sehr starkes Fieber und Lebensgefahr mit sich. Schwarz oder aschgrau erscheint die Kruste des Karbunkelgeschwüres; auch die Umgebung ist nicht wie bei anderen Entzündungen gerötet, sondern dunkler wie bei Ekchymosen oder Erfrierungen. Aber der Tumor ist nicht so livide wie bei diesen, sondern mehr glänzend wie Harz und Pech; das ist die reine schwarze Galle.“ Das letztere wird auch auf Seite 376 in demselben Bande erwähnt. Der Anthrax soll hauptsächlich im Sommer auftreten (XVII B, 579). Als Ursache wird auch noch fehlerhafte Blutmischung (IX, 273) infolge schlechter Nahrung (VI, 750) angeführt. Sitzt der Anthrax am Halse, so ist für seine Behandlung die Kenntnis der grofsen Gefäfse erforderlich (II, 803). Manches scheint für Milzbrand zu sprechen, wie der Beginn mit einer Pustel und das endemische Auftreten, anderes dagegen für den Karbunkel, wie die Zusammenstellung mit Gangrän und das Vorkommen am Halse, an welcher Stelle man chirurgisch vorgegangen zu sein scheint, da die Kenntnis der grofsen Halsgefäfse gefordert wird. Das meiste von dem Angeführten läfst jedoch beide Deutungen als fraglich erscheinen.

Im Anschlufs an den Anthrax beobachtete er *Φλύκταιναι* = Pusteln (I, 530), welche im Frühling leicht ulcerieren (V, 694). Gröfsere Pusteln bezeichnet er als *ἐκθύματα*. Sie entstehen an der Haut und sind mit überschüssigem Humor gefüllt (XVII A, 704). Sie bevorzugen den Frühling (XVII B, 615) und kommen infolge schwarzer Galle (ibid. 659). Sind sie sehr breit, so nennt er sie *ἐξανθήματα*. Ihr Charakteristikum ist, dafs sie nicht jucken (XVIII A, 19 und XVI, 164). Als Heilmittel empfiehlt er die Stellen in der Nähe des Feuers einzusalben oder warme Waschungen (XVII A, 959). Im zwölften Bande finden sich für Pusteln noch die Bezeichnungen *ἑλκύδρια* (S. 496) und *φλυκτίς* (S. 762). Hier werden als Heilmittel Abführmittel neben der äufserlichen Behandlung empfohlen.

Sind diese Geschwüre oberflächlich, so bezeichnet er sie auch als Herpes (XVI, 461). Dieser sitzt oberflächlich an der Haut (XIX, 440), besonders der Extremitäten (XV, 342) und geht mit Hitze einher (XV, 369). Er zählt den Herpes zu den ulcerierenden Erysipelen (X, 1004), welche beide aus der gelben Galle entstehen (IX, 693, X, 291 u. 1005, V, 121 u. 678). Herpes kann zu weitgreifender Ulceration führen (X, 289), besonders wenn er infolge schlechter Blutbeschaffenheit, hervorgerufen durch mangelhafte Ernährung, entstanden ist. Aus gleicher Ursache entstehen Erysipel, Phlegmone und Lichen, Krätze, Lepra etc. (VI, 750 u.

814). „*Μόνης δ' ἀποκριθείσης καὶ κατά τι μόριον ἱσταμένης, ἕρπης ὀνομάζεται. Ἐι μὲν δή παχεῖα τὴν σύστασιν εἴη, πᾶν ἕλκοῖ μέχρι τῆς ὑποκειμένης σάρκος τὸ δέρμα, καὶ καλεῖ τούτους Ἱπποκράτης ἕρπητας ἐσθιομένους. Εἰ δὲ λεπτοτέρα εἴη, τὸ ἐπιπολῆς μόνον ὥσπερ ἐπικαίει καὶ τοῦτο τὸ εἶδος ἀπηνέγκατο τὴν τοῦ γένους προσηγορίαν, ἁπλῶς τε καὶ χωρὶς προσθήκης ἕρπης ὀνομασθέν. Τῶν γὰρ ἄλλων δυοῖν εἰδῶν τὸ μὲν ἤδη προειρημένον ἐσθιόμενος ἕρπης ὀνομάζεται, θάτερον δὲ τὸ λοιπὸν κεγχρίας, ὅτι καὶ τούτῳ συμβέβηκε, φλυκταίνας μικράς καὶ πολλὰς ἐπιπολῆς τοῦ δέρματος ἐπεγείρειν, κέγχροις ἐοικυίας. Γίνεται δ' ὁ τοιοῦτος ἕρπης ὑπὸ χολῆς μὲν καὶ αὐτός, ἀλλ' ἧττον δριμείας καὶ θερμῆς ἢ οἱ πρόσθεν* (XI, 74).

Da ich nicht im stande bin, diese Stelle ganz korrekt zu deuten, möglichenfalls auch die Überlieferung nicht ganz fehlerfrei ist, so lasse ich die Übersetzung, welche Gottlob Kühn (Leipzig 1826) gegeben hat, ebenfalls wörtlich folgen: „Herpes vero vocatur, quum sola a sanguine secreta est, ac in parte aliqua consistit, quae si crassa sit consistentia totam cutem usque ad subjectam carnem exulcerat, atque eiusmodi herpetas Hippocrates excedentes vocat. Sin tenuior bilis sit, solam superficiem quasi deurit atque haec species generis nomen accepit, simpliciterque et sine adjectione herpes nominatur. Harum enim duarum formarum altera modo commemorata herpes exedens, altera vero miliaris dicitur, quod pustulae parvae ac multae in summa cute excitentur milio similes. Fit autem eiusmodi herpes etiam ab ipsa bile, sed minus quam priores acri et calida." Nun mag der geneigte Leser sich selbst ein Urteil bilden, ob sich dieser Herpes mit dem heutigen Begriffe deckt; ich für meinen Teil glaube es nicht. Zum Vergleich führe ich noch die Behandlung an. Dieselbe besteht aus Abführmitteln und Unterdrückung des zufliefsenden galligen Humors (X, 1007). Im elften Bande auf Seite 85 meint G., Herpes mufs wie Erysipel behandelt werden. Von den Heilmitteln, welche äufserlich angewendet wurden, erwähne ich nur die Wachssalbe (XI, 439), Kohl (XII, 42), Orchideen (XII, 93) und Kreuzdorn (XII, 111).

Eigentümlicherweise wirft Galenus stellenweise mit dem Herpes das Erysipel zusammen, so dafs ich glaube, dafs entweder der Herpes im Altertum viel heftiger als heutzutage aufgetreten ist oder eine andere Krankheit als jetzt darunter verstanden wurde. Damit der Leser, welcher mir bis hier gefolgt ist, sich leichter eine Vorstellung davon machen kann, lasse ich deshalb gleich das Erysipel folgen. Es entsteht, wenn sich irgendwo gelbe Galle niederschlägt (V, 121 cf. Herpes ibid. 678, IX, 693); es ruft Schmerz und Entzündung hervor (VIII, 75 u. 81) und beschränkt sich auf die Haut (XI, 76) und besteht in einer Rötung mit feuriger Entzündung, bisweilen auch Fieber und Phantasien mit sich bringend (XIX, 441). Wenn dasselbe von aufsen nach innen geht, ist es schlimm,

von innen nach aufsen gut (XV, 343). Es geht nicht in die Tiefe, wie die Phlegmone (X, 946) und entsteht infolge fehlerhafter Säftemischung (XV, 365). Liegt der Knochen aus irgend einem Grunde (komplizierter Bruch? Gangrän?) frei, so ist es ein sehr schlimmes Zeichen, wenn die umgebenden Weichteile von Erysipel befallen werden, doch tritt dieses nur selten ein (XVIII A, 119). Er glaubt nicht, dafs CORIANDER wirklich mit Brot und Brei das Erysipel geheilt habe (XII, 38). Man findet also auch hier schon den modernen Skeptizismus in Bezug auf Heilmittel, welcher gewöhnlich darauf hinausläuft, etwas anderes mindestens ebenso Zweifelhaftes zu empfehlen. Er verwendete Cypresse mit Wasser und Gerstenbrei oder wässeriges ὀξύκρατον [Essig-Honig-Wasser] (XII, 53), ferner Wachs (X, 702) u. v. a. (cf. XI), doch mufs vorher die Galle entfernt werden (XI, 341).

Nunmehr komme ich zu dem schwierigsten Teile, der Deutung der Lepra und Elephantiasis mit Einschlufs der Leuke. Die Schilderung des Krankheitsbildes ist an den einzelnen Stellen oft so verschieden, dafs es schwer fällt, dasselbe einheitlich zu ordnen. Im vierzehnten Bande auf Seite 756—757 sagt Galenus: „Die Elephantiasis ist eine Affektion, welche ihren Namen von der Ähnlichkeit mit einem Elephanten bekommen hat. Diejenigen, welche an diesem Übel leiden, haben eine dickere, härtere und rauhe Haut (δέρμα παχύτερον, σκληρότερον, ἐμφέρειαν ἔχον) wie Elephanten. Die Ursache ist der dicke Schleim und die schwarze oder schleimige, aber weit verbreitete Galle." Die schwarze Galle wird auch Band XVII B, 659 als Ursache der Elephantiasis und des Carcinoms erwähnt, ferner Band IX, 693, XV, 369 und XVI, 442. Als weitere Ursachen werden angeführt περιττῶμα μελαγχολικόν [melancholischer Stoff] (VII, 727, 224, XV, 331) und die Veränderung fester Körperteile (ibid. 347). Dieser melancholische Humor erzeugt Lepra, welche bei Regenwetter leicht Gelenkschmerzen verursacht (XVI, 442). Nur Hämorrhidarier bleiben vielleicht davon verschont (ibid. 453). Elephantiasis ist eine Krankheit, welche die Haut dick und ungleich macht. Die letztere wird so blafs, wie die Conjunctiva der Augen. Das Ende der Hände und Füfse wird aufgezehrt und sondert ein blasses, übelriechendes Sekret ab (XIX, 428). An der oben erwähnten Stelle des vierzehnten Bandes unterscheidet er als Unterabteilungen Elephantiasis, Leontiasis, Ophiasis, Lepra, Alopecia und Lobe. Letztere erläutert er dahin, dafs die Erkrankung die Hände und Füfse befällt und zu deren vollständigem Verlust führt (Lobe von λαμβάνω = nehmen?). Diese Stelle giebt trotz ihrer Kürze in betreff der Terminologie sehr zu denken, ob nicht zur Zeit des Galenus alle sechs Begriffe nur Umschreibungen für Lepra waren, die letztere charakterisiert er bereits auf der nächsten Seite als eine Hautkrankheit, welche mehr weifslich und rauh erscheint, etwa so rauh wie

die hervorbrechenden Wasserbläschen (*ψυδράκιον*). Ihre Ursache ist der salzige Schleim (XIV, 758). Dagegen schildert er die Lepra im neunzehnten Bande auf Seite 427—428 etwa wie folgt: Lepra ist eine Hautveränderung mit Rauhheit, Jucken und Schmerzen, bisweilen mit Schuppenbildung, bisweilen mit Verlust von mehreren Körperteilen. *Λέπρα ἐστὶ μεταβολὴ τοῦ χρωτὸς ἐπὶ τὸ παρὰ φύσιν μετὰ τραχύτητος καὶ κνησμῶν καὶ πόνων, ἔσθ' ὅτε μὲν καὶ λεπίδας ἀποπίπτειν, ὅτε δὲ καὶ ἐπινέμεται πλείονα μέρη τοῦ σώματος.* Die Leuke, welche bei Hippokrates mit Lepra identisch ist, wird von Galenus folgendermafsen beschrieben: „*λευκή ἐστιν ἡ ἐπὶ λευκὸν χρῶμα τοῦ σώματος παρὰ φύσιν μεταβολή*“ (XIX, 440). Bei den an der Elephantiasis Leidenden ist der Puls klein, schlaff und langgezogen [*βραδὺς καὶ πυκνός*] (VIII, 491 und IX, 202). Der Farbenwechsel wird mehrfach erwähnt (VII, 75 u. 226). Die Ursache der Ophiasis, Lepra, Leuke und Elephantiasis sucht er aufser in der zu reichlichen Absonderung der schwarzen Galle (VII, 224 u. 727) in einer fehlerhaften Ernährung (VII, 63), und zwar mit Spelt, Linsen, Schnecken und Salzfischen (XI, 142), besonders im warmen Klima, welches eine Gelegenheitsursache abgiebt. Als Heilmittel empfiehlt er das Essen von Schlangen (XI, 143). Im vierzehnten Bande auf Seite 756 preist er den schwarzen oder weifsen Helleborus (Nieswurz) als einziges sicheres Mittel an. Gegen die Lepranägel verwendet er Schwefel, Crocus, Eidotter und Essig gemischt (XIV, 535). Bei der Elephantiasis empfiehlt er Abführmittel gegen die schwarze Galle (I, 498, XI, 349, XVI, 125) und Aderlafs (XI, 345, XVIII A, 80). Von den vielen Heilmitteln erwähne ich nur: Gummi, Nitron, Weihrauch und Schwefel ▪ (XII, 827). Unheilbar lepröse Partien sind auf chirurgische Weise zu entfernen, mit dem Messer, mit dem Glüheisen oder durch Ätzkalk (XIII, 866; XVII A, 472). Von den Heilmitteln der Lepra erwähne ich nur rote Ochsenzunge in Essig (XI, 812), Weinstock (ibid. 827), Eichel (845), Fröschleinkraut (849), Nieswurz (874), Platanenrinde (XII, 104), Schwefel mit Terpentinharz (ibid. 218), Schafkot (298), Canthariden (363).

Condylomata beobachtete er am Anus (XV, 329) und charakterisiert er im neunzehnten Bande auf Seite 446 wie folgt: „*κονδύλωμά ἐστι δακτυλίου στολίδος ἐπανάστασις μετὰ φλεγμονῆς.*“ Als bestes Mittel empfiehlt er Alaun, Wachs, Crocus, Cerussa, Opobalsamum, schmutzige Schafwolle, Weihrauch, Aloe gemischt (XIII, 312), oder Lithargyrum, altes Öl, Harzpech, Wachs (ibid. 512), oder Weihrauch, Akazie, Antimon, Kupferrost, Myrrhe, Opium, Mohn, Gummi, Celtische Narde in herbem Wein gemischt (ibid. 837) u. a.

Während es bei der Lepra Galenus fraglich erschien, ob die Hämorrhidarier von ihr verschont bleiben, sind dieselben seiner Meinung nach (entlehnt von Hippokrates) sicher geschützt gegen Peripneumonia,

Pleuritis, Blattern, phagedänische Geschwüre und Furunkel (XVI, 453 u. 460; XVII A, 327 u. B, 107). Er bezeichnet die letzteren als *δοθήν* und meint, sie entständen auf ähnliche Weise wie der *ἴονθος* (Mäler? Comedo? Akne?). Entweder sind sie hart und schwer zu erweichen oder entzündlich mit gröfserer Geschwulst und Eiterung, ja selbst Fieber einhergehend (XII, 824 u. 825). Um unreife Furunkel zu erweichen, benutzt er mit Speichel gekauten Weizen (II, 163). Von den Heilmitteln erwähne ich nur *μαστίχη* [eine Kaupflanze] (XII, 69), Speichel (ibid. 289) und Schafkot (ibid. 302).

Noch weniger erfahren wir über den Lichen. *λειχήν* ist eine Rauheit der oberen Hautdecke mit vielem Jucken (XIX, 428). Meistens wird er als Impetigo gedeutet, ich glaube eher an Ekzem. Für diese Auffassung sprechen die Heilmittel, wie der Mundschleim (XII, 288 u. II, 163), Teer (XII, 101), Schwefel (ibid. 218) — von sonstigen Heilmitteln erwähne ich noch Rhabarber mit Essig (XII, 112), Ziegenkot (298), Krokodilskot (308), Helleborus (XI, 874) und Kichererbse (ibid. 877) u. a. — und der Umstand, dafs er auf Seite 824 im zwölften Bande lichenähnliche Eruptionen am Kinn erwähnt, welche schwer zu heilen sind und leicht in Lepra und Psora übergehen.

Unter *ψώρα* versteht Galenus eine Art Krätze (?). Ob es sich aber um Scabies im heutigen Sinne gehandelt hat, wage ich nicht zu entscheiden. Mag der Leser auf Grund der folgenden Daten sich selbst ein Urteil bilden: „*Ψώρα ἐστὶ δριμυτάτου ῥεύματος γιγνομένη ἀνάβρωσις ταρσῶν ἢ κανθῶν μετὰ κνησμοῦ*“ (XIX, 437). Demnach wäre die Psora eine mit sehr starker Sekretion einhergehende Ulceration der Augenlider oder Augenwinkel, welche Jucken verursacht. Sie wird ebenso wie die Lepra durch den salzigen Schleim hervorgerufen, ist aber stärker geschwürig als die letztere (XIV, 758) und entsteht infolge einer besonderen Art schlechter Säftemischung, welche ihrerseits durch schlechte Blutbeschaffenheit infolge mangelhafter Ernährung hervorgerufen wird (VI, 814). Psora ist ansteckend (VII, 279) und juckt stark (ibid. 197, XVI, 442 und XVII A, 323). Sie bildet sich aus der schwarzen Galle (XV, 369). An den verschiedensten Stellen finden sich Mittel gegen Psora, von denen ich nur folgende anführe und die auch meistens gegen Pruritus empfohlen werden: Getrocknete Ulmenblätter als Zusatz zum Bade; oder Einreibung im Bade mit einer Mischung von ungereinigtem Schwefel, wilder Beere, Arsenik, Schwefelarsenik in Öl und Essig gelöst; ferner Myrte mit Frauenmilch (XIV, 520), Eichel (XI, 845), Weinstock (ibid. 827), Nieswurz (874), Kichererbse (877), Feigbohne (885), Harz (XII, 113), Urin (ibid. 285), Schwefel (218), Ziegenkot (298), Canthariden (363), Mischung aus essigsaurer Thonerde, Nitrum, Nüssen, Myrrhe und Pfeffer (489), Wachs, Teer, Alaun (XIII, 347), natürlich auch gemischt, so z. B. aus

Silberschaum, Wachs, Bleiweifs, Terpentin, Weihrauch, Alaun, Öl mit oder ohne Zusatz von weifsem Pfeffer (XIII, 527).

Ebenso wie die Psora soll auch das Jucken aus der schwarzen Galle entstehen (XV, 369). Der Pruritus (*κνησμός*) entsteht bei schmutzigen und ungewaschenen Leuten oder solchen, die schlecht gemischte Speisen essen, ferner infolge fehlerhafter Blutmischung bei der Scabies und Lepra (VII, 197; XVI, 442; XVII A, 323). Der Pruritus senilis ist ihm nicht unbekannt (XVII B, 650). Aufser den bei der Psora wie Eichel (XI, 845) erwähnten Mitteln führe ich nur noch ein Pflaster und eine Mischung an. Die letztere besteht aus Bleiweifs, Safran, Thymian, Salmiak, indischer Narde, Opium, Myrte, saurem Saft unreifer Trauben, Gummi und Wasser (XII, 787), das Pflaster aus Bleiglätte und Ölmilch [*ὑδρέλαιον* = Mischung aus Öl und Wasser] (XIII, 399).

Im Anschlufs an die Psora bringe ich die Psoriasis, welche ich nur im neunzehnten Bande auf Seite 449 erwähnt gefunden habe. Sie wird hier als eine starke Härte (*σκληρότης πολλή*) des Hodensackes mit heftigem Jucken, bisweilen auch mit Geschwürsbildung geschildert.

Ebenfalls infolge fehlerhafter Säftemischung soll die Gangrän entstehen (VII, 211; XV, 365). Sphakelos (= Brand) ist die Umwandlung des Körpers in das Unnatürliche und Fremdartige und das Absterben mit und ohne Ulceration. Er entsteht infolge eines fortschreitenden Geschwürs oder infolge Phlegmone nach chirurgischem Eingriff oder infolge beginnenden Absterbens (XIX, 449). Richtig wird derselbe auch im siebenten Bande auf Seite 719 bis 721 geschildert, nur glaubt Galenus, dafs die Knochen von der Gangrän verschont bleiben (VII, 726); die Farbenveränderung wird bereits VII, 75 erwähnt. Die von Sphakelos befallenen Teile sind nicht zu retten (XVIII A, 156). Allerdings scheint er die leichtere Form des Brandes als Gangrän, die schwerere als Sphakelus bezeichnet zu haben, denn er sagt auf Seite 687 im achtzehnten Bande, erster Teil: „*μεταξὺ γὰρ τούτου τοῦ σφακέλου καὶ τῆς μεγάλης φλεγμονῆς ἐστιν ἡ γάγγραινα.*“ Er entsteht, wenn die Venen infolge starker Entzündung absterben (XVIII B, 460). Um die Weiterverbreitung der Gangrän zu verhindern, mischt er zusammen: Wachs, Terpentin, rotes Erz (?), Kupferrost, runde *ἀριστολόχια* (Pflanze, welche von dem Lochien ihren Namen führt), Weihrauch, Salmiak, Thymian ammoniacalis, Alaun, gebranntes Erz, Myrrhe, Aloe, Galbanum (= Mutterharz), altes Öl und Essig (XIII, 775). Von den übrigen Mitteln erwähne ich Nufsextrakt (XII, 14) und Feigbohne (XI, 885). Im übrigen wurde auch damals schon der Brand auf chirurgische Art und Weise behandelt (XI, 135 bis 138).

Unter den nicht genauer charakterisierten Hautkrankheiten, zu welchen ich nunmehr übergehe, finden sich zwei Gruppen: *ψυδράκια καὶ ἐξαν-*

ϑήματα genannt. Die erstere schildert er als kleine Erhabenheiten der Kopfhaut, bläschenähnlich, welche die Oberfläche eben überragen. Exanthemata sind oberflächliche Geschwüre, blafsrot und uneben (XIV, 396). Die letzteren beobachtete er auch bei der Pest. Hier hatten sie Ähnlichkeit mit der Psora, teilweise auch mit der Lepra (X, 367). Unter Exanthemata fafst er an anderer Stelle (XVII A, 394) zusammen: Sudamina (Schweifsfrieseln), Mückenstiche und Nesseln. Sie sind rot und ähneln den Malern. Gegen die Psydrakia empfiehlt er Abführmittel aus Aloe und Colocynthen neben der äufseren Behandlung (XII, 496), wozu er Bleiweifs, Silberschaum, Alaun, Halicacabus, Eisensulphat, Sinopis mit Essig (XIII, 829) empfiehlt oder eine Wachssalbe mit Rainweide und Bleiweifs (XIV, 396). Anderweitig wird der Begriff der *ἐξανϑήματα* noch weiter gefafst und umfafst auch noch die *ἐκζέσματα* gleich Papeln, wofür auch die Bezeichnungen *συκώδης ἐπανάστασις* (XII, 468 u. 827) geführt werden.

Die Mittel gegen Papeln sind dieselben wie bei den Achores, Psydrakia und der Intertrigo, von denen ich nur Bleiglätte (XII, 225), Ziegen- und Schweinelunge (ibid. 335), Asche von verbrannten alten Häuten (ibid. 343) anführe.

Nunmehr komme ich zum Ekzem und der Impetigo, zwei Krankheitsnamen, welche Galenus nicht kennt, und trotzdem hat er die Krankheiten selbst wohl gekannt und unter dem Lichen (*λειχήν*) mit untergebracht.

Die Stellen, welche dafür sprechen, sind folgende: Am Kinn kommen lichenähnliche Eruptionen vor, welche leicht in andere Erkrankungsformen übergehen (XII, 824). Lichen ist eine Affektion der Haut selbst und tritt in zwei Formen auf; eine mildere, heilbare und eine wilde, schwer heilbare Art von Impetigo. Hierbei sondern sich Schuppen von der Haut ab und die darunter gelegenen Stellen erscheinen stärker rot und fast geschwürig (XIV, 757; XV, 348). Die Erkrankung besteht in einer Rauheit der oberen Hautdecke und geht mit starkem Jucken einher (XIX, 428). Sie tritt mit Vorliebe im Frühling auf (V, 693; XVII B, 615) und entsteht aus dem salzigen Phlegma und der gelben Galle (XV, 348; XIV 757). Daher sind alle die Mittel anzuwenden, welche den salzigen Schleim aus dem Körper entfernen (XIV, 758). Man hüte sich vor den stark austrocknenden Mitteln, weil dieselben auf diese Krankheit reizend wirken, dagegen wird sie von den schwach austrocknend wirkenden Arzneien nicht geheilt (XIII, 880). Sind dieses nicht der Anklänge an das Ekzem genug?

Das Atherom der Haut wird richtig geschildert: „*Ἀϑέρωμά ἐστι χιτὼν νευρώδης ἀϑηρώδες ὑγρὸν περιέχον.*“ Es ist demnach eine nervöse (?) Hülle, welche eine dem Speltbrei ähnliche Flüssigkeit enthält

(XIX, 440). Dieser Inhalt kann auch dem Sebum (Schaffett) oder Honig ähnlich sehen (X, 985). Dasselbe ist rheumatischer Natur (VII, 22) und dient zur Absonderung der überschüssigen Körpersäfte (ibid. 35).

Unter Sykosis versteht Galenus eine Rauhigkeit der Augenlider und gebraucht dagegen Erzblüte [*χαλκοῦ ἄνθος*] (XII, 242; XIV, 353) oder verbrannte Schale des Tintenfisches (XII, 348). Gegen Pityriasis verwendete er essigsaure Thonerdelösung mit Ochsengalle, oder bittere Mandeln gemischt mit Essig, Honig und Wasser [*ὀξύκρατον*] (XIV, 323).

Unter *ἴονθος* scheint Galenus Comedonen oder Acne vulgaris zu verstehen. „In der Gesichtshaut entsteht ein kleiner, harter Knoten, genannt Jonthos. Er unterscheidet sich aber von den feigenartigen Geschwüren am Kinn, nicht nur weil er einen dicken Propf enthält, sondern auch weil er eine dünne Materie bildet, wodurch es, wenn er nicht sachgemäfs behandelt wird, zur Eiterung kommt.“ Aufser einer Mischung aus Essig und Honig empfiehlt er bittere Mandeln mit Essig zum Brei anzureiben, das Gemisch im Schatten zu trocknen; für den Gebrauch wird die Masse in Essig gelöst. Hiermit wird die kranke Stelle bestrichen und, nachdem das Medikament eingetrocknet ist, mit Seife abgewaschen (XIV, 352).

Von den Aphthenmitteln erwähne ich nur das Kauen von in Honig getauchtem Portulak (*ἀνδράχνη*) und das Gurgeln mit Abkochungen von Olivenblättern in Wein (XIV, 362).

Gegen Afterjucken gebrauchte Galenus Kimolische Erde mit Wein und Myrtenwachssalbe (XIV, 382).

Den Schweifs in der Axilla beseitigte er dadurch, dafs er früh morgens nach dem Baden die Achselhöhlen mit Haselwurz (*ἄσαρον*) bestreichen oder täglich flüssigen Alaun auftragen liefs (XIV, 449).

Haarausscheidung mit dem Urin wird im achten Bande auf Seite 392 erwähnt. In betreff der Haare habe ich zu dem bereits im 33. Bande, S. 364 u. ff. *dieser Zeitschrift* Angeführten noch hinzuzufügen, dafs die Haarfarbe von der Körperwärme und dem Klima abhängig gemacht wird (XVI, 89 u. 90). Kahlheit ist unheilbar (XVIII A, 55). Die Eunuchen werden infolge der Kastration den Frauen ähnlich und daher nicht kahl, weil sie alsdann ein ebenso kaltes Temperament wie die Frauen haben (XVIII A, 41). Infolge allzugrofser Trockenheit oder allzugrofser Feuchtigkeit werden die Menschen kahl (XIX, 370). Dagegen könne auch Siechtum oder langwierige Krankheit zur Kahlheit führen (ibid. 431). Der Bart gilt ihm nicht nur als Bedeckung der Backe, sondern auch als Schmuck der Männer (III, 899). Da die letzteren wärmer sind als die Frauen, haben sie eine doppelte Haarausscheidung am Kopfe, in Form des Haupthaares und des Bartes. Die Stirn ist unbehaart, weil sie mit dem Kopfhaar bedeckt werden kann und sonst der Augen wegen immer geschoren werden müfste (III, 901). Augenbrauen und Wimpern kennt

er bereits als Schutzmittel für die Augen. Seiner Meinung nach überschreiten sie deshalb eine gewisse Gröfse nicht, weil sie am Knorpel befestigt sind (III, 904). Dafs schwere Lokalerkrankungen seltener zum Verlust der Augenbrauen als des Haupthaares führten, erwähnt er daselbst Seite 909. Sind Alopecia oder Ophiasis infolge schlechter Säftemischung entstanden, so heilen diese, wenn die schlechten Säfte in die Beine ziehen und Varicen hervorrufen (XVIII A, 56).

Aus der Praxis.

Zur Behandlung der chronischen Gonorrhoe mit OBERLÄNDERschen Dilatatoren.

Von

Dr. ARTHUR STRAUSS-Barmen.

Vor kurzem blieb mir bei der Behandlung einer chronischen Gonorrhoe mit OBERLÄNDERS Dilatator der äufserste Teil des Gummiüberzuges in der Harnröhre sitzen. Da ich das Instrument sehr tief eingeführt hatte, fürchtete ich, dafs der abgerissene Teil des Überzuges (etwa 3 cm) in die Blase geglitten sei. Die sofort vorgenommene urethroskopische Untersuchung liefs mich indessen das Gummistück in der Pars membranacea erkennen und mit einem hakenförmigen Instrument konnte ich dasselbe fassen und wieder entfernen. Der Gummiüberzug war bereits etliche Male gebraucht worden. Da mir unter gleichen Umständen ein Zerreifsen bisher nicht vorgekommen war, so mufs es sich wohl um einen Überzug gehandelt haben, dessen Gummi vor der Zeit brüchig geworden war.

Diese Gummiüberzüge haben nie meinen Beifall gefunden. Auch für die Kranken sind sie keine Annehmlichkeit. Ich habe nie der Behauptung OBERLÄNDERS[1] zustimmen können, dafs die alten Dilatatoren, weil sie ohne Gummiüberzüge gebraucht wurden, Marterinstrumente gewesen seien, denn sie hätten stets Schleimhautfalten mit eingeklemmt und herausgerissen. So gefährlich dürften sie kaum gewesen sein, wenn sie auch noch nicht die bessere Bauart der OBERLÄNDERschen Instrumente hatten. OBERLÄNDER fordert, dafs zu den von ihm angegebenen Dilatatoren stets Gummiüberzüge benutzt werden sollen und behauptet, dafs der fest an-

[1] Beiträge zur Pathologie und Therapie des chronischen Trippers. Von Dr. OBERLÄNDER. S. 72.

schliefsende Überzug das Einführen des Instrumentes auch durch verhältnismäfsig noch sehr enge Harnröhren gestatte und das Vordringen desselben in keiner Weise hindere. Soweit es sich um ganz neue Überzüge handelt, ist dem Autor zuzustimmen. Indessen nach mehrmaliger Desinfektion durch längeres Liegenlassen in Sublimatlösung schliefst sich der Überzug nicht mehr fest dem Instrumente an. Während der Einführung rollt sich derselbe in Falten auf; diese ist, trotz starker Einfettung, behindert, und, wenn man nicht vorher kokainisiert hat, für den Kranken oft recht empfindlich. Es bliebe daher nichts anderes übrig, als sich mit einer gröfseren Zahl solcher Überzüge zu versehen und sie nach einem paarmaligen Gebrauch nicht mehr zu benutzen. Dieser Massenbezug macht die Anwendung dieser Dilatatoren zu einer etwas kostspieligen und ich habe, schon aus diesem Grunde, den Gebrauch der KOLLMANNschen stets bevorzugt. Bei engen Harnröhren sind aber die OBERLÄNDERschen wegen ihres geringeren Umfanges nicht gut zu entbehren.

Jenes unangenehme Erlebnis brachte mich nun auf den Gedanken, diese Dilatatoren ohne Überzug einzuführen. Ich sagte mir, dafs man bei einiger Vorsicht ein Einklemmen der Schleimhaut vermeiden könne, und der Erfolg hat mir Recht gegeben. Seitdem führe ich OBERLÄNDERS Dilatatoren stets ohne Gummiüberzug ein und, nachdem ich nun etwa fünfzigmal mich davon überzeugt habe, dafs diese Art ihres Gebrauchs harmlos ist, möchte ich sie auch den Herren Kollegen empfehlen. Abgesehen von der Ersparnis und Gefahr der Zerreifsung ist die Einführung viel leichter, und, was noch viel wichtiger ist, viel erträglicher für den Kranken. Sie kann fast stets ohne Kokain vorgenommen werden und ist selbst bei sehr engen Orifizien auszuführen. Ich habe auch nicht ein einziges Mal irgendwelche Einklemmung beobachtet, habe allerdings, was ich hervorheben möchte, beim Herausziehen nie ganz zugeschraubt, sondern einen kleinen Spalt gelassen.

Ich bin somit zu der Ansicht gekommen, dafs die Gummiüberzüge zwecklos sind, dafs aber ohne sie die Brauchbarkeit der OBERLÄNDERschen Dilatatoren nur gewinnt.

Also: Fort mit den Gummiüberzügen!

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 6. Mai 1902.

Originalbericht von Dr. F. Pinkus-Berlin.

Lesser spricht Worte des Gedenkens für die Verstorbenen Prof. Kaposi, Jarisch, H. v. Hebra und das Mitglied der Gesellschaft San.-R. Behly.

1. Jacobsohn demonstriert einen Mann, welcher an **Pseudoleukämie mit tumorartigen Hautveränderungen** leidet. Seit drei Jahren bestehen multiple Drüsenschwellung, supraclavicular beginnend, unter As-Behandlung allmählich wieder zum grofsen Teil zurückgegangen. Milz und Leber etwas vergröfsert, Blutbefund: Gesamtzahl der weifsen Blutkörperchen 38000, relative Lymphocytose. An der oberen Rumpfpartie, ganz besonders aber an Hals und Kopf bestehen Hauttumoren, verbunden mit starker (sehr wechselnder) Schwellung des Gesichts. Nur an einer einzigen Stelle der Brust besteht eine Ulceration, welche seit zwei Monaten bereits vollständig unverändert geblieben ist. Die Farbe der oberflächlichsten Hautknoten (namentlich in beiden Ohrgegenden) ist braunrot (ebenso die Umwallung des Geschwürs), glasig durchscheinend.

Diskussion: Pinkus stellt für die enorme Vergröfserung des Kopfes in den Vordergrund die Ausdehnung der Haut durch ein lymphatisches Ödem, bedingt wohl durch Verlegung vieler Lymphbahnen, und die Vorwölbung der Haut durch Tumoren in der Tiefe, während die wirklichen Hautgeschwülste an Zahl und Gröfse relativ gering sind.

Jacobsohn bemerkt, dafs der Grad der Schwellung sehr wechselt, in letzter Zeit etwas zugenommen hat.

2. Rosenthal berichtet über einen Fall von **Arsenvergiftung**, entstanden durch fast viermonatlichen Verbrauch von im ganzen ca. 4 g Acidum arsenicosum. Die Ursache der Medikation war eine im Beginn für Lichen ruber gehaltene Hautaffektion, deren Symptome sich allmählich mit As-Intoxikationserscheinungen vermischten (die namentlich in Form einer Dermatitis und horniger Eruptionen und Schleimhauttrübungen sich darstellten) und durch Mifskennung der letzteren zum Gebrauch von immer erhöhten Dosen von Arsen führten. Die Erscheinungen bei der Aufnahme boten den gesamten Symptomenkomplex chronischer Arsenintoxikation: Anämie, z. T. bräunliche Pigmentation, Icterus, allgemeine Dermatitis, Arsenkeratosen der Fufssohlen und Handflächen, Epitheltrübungen im Mund und an der Analschleimhaut, Trübung des Urins, Parästhesien, Fehlen der Sehnenreflexe, Muskelschwäche, Ataxie, Atrophieen der Handmuskulatur, Störung des Sensoriums, Gehörshallucinationen, Brechreiz, Schwindel, Herzklopfen, Heiserkeit. Durch Lagerung im Wasserbett, milde äufsere Applikationen und gute Ernährung schwanden erst die Darmstörungen, dann die Epitheltrübungen, dann die Keratosen, länger bestand die Dermatitis namentlich mit starker Schälung der Hände, z. T. Nagelverlust, starker Hyperhidrosis. Allmählich verloren sich die nervösen Erscheinungen, bis auf den Reflexmangel. Für das Zustandekommen dieser schweren Intoxikation setzt R. eine gewisse Idiosynkrasie gegen das Medikament voraus. Die Pathogenese scheint ihm von neuritischen Erscheinungen abzuhängen. Er macht besonders noch auf den bereits früher von ihm hervor-

gehobenen Zusammenhang von Mund-, After- und Fufssohlen-Handflächenergriffensein aufmerksam, deren Neigung zu krankhaften Veränderungen (vergl. das Erythema multiforme, in specie bullosum, Arzneiexantheme) auf die starken Reize zurückzuführen ist, welche gerade diese Stellen treffen.

Diskussion: WECHSELMANN schliefst sich der Annahme nervöser Entstehung der Erscheinungen an. Er fand aber im Gegensatz zum Vortragenden, dafs die Arsenkeratose gar nicht so leicht zum Schwinden zu bringen ist.

BLASCHKO erwähnt, dafs die Arsentoleranz verschiedener Individuen sehr verschieden sei, man sich daher nur an diese Fall für Fall festzustellende Gröfse, nicht an die Maximaldosis der Pharmakopoe halten müsse.

3. LESSER demonstriert einen 25jährigen Blennorrhoiker, welcher im Gefolge eines **Tripperrheumatismus** (Hand- und Mittelfingergelenk beider Hände) eine **Lymphangitis beider Vorder- und Oberarme** bis zur Achsel bekommen hat. Federkiel- bis bleistiftdicke, harte, knotige, rote Stränge sind deutlich zu sehen und zu fühlen.

4. PINKUS demonstriert a) einen 35jährigen Mann mit **Lupus der Lippen** und ausgedehnter **Tuberkulose der Mundschleimhaut.** Bestand seit 21 Jahren.

b) einen Mann mit **Lichen ruber planus**-ähnlichem Ausschlag an beiden Vorderarmen und Unterschenkeln. Die Knötchen sind sehr klein, hellgelbbraun, eines dem andern völlig gleich ohne jede Polymorphie, glänzend, plan. Das mikroskopische Präparat zeigt starke Epithelzerstörung (Blase) und circumscriptes Infiltrat der Cutis.

c) eine 39jährige Frau, welche seit 10 Monaten an Armen und Beinen subcutane Knötchen und cutane mit der Epidermis verlötete, farblose bis dunkelviolette Platten darbietet; diese werden als abhängig von tuberkulösem Grundleiden angesehen, ungefähr **in der Form des Erythema induratum BAZIN.** Die mikroskopische Untersuchung ergiebt Thrombophlebitiden.

Diskussion: SAALFELD bezweifelt die Diagnose Lichen planus und erinnert an seinen Fall von Keratosis follicularis, mit welcher der Fall Ähnlichkeiten aufweise. Auch fehlen Delle und Schuppung zum Bilde des Lichen ruber.

PINKUS hat keinen Zusammenhang der Knötchen mit Follikeln gesehen. Dellenbildung ist nur für gewisse Formen und Stadien des Lichen planus charakteristisch, fehlt aber stets im Anfangsstadium.

5. LEDERMANN demonstriert eine Frau mit **Mykosis fungoides,** deren Leiden sich trotz 15jährigen Bestandes noch im ekzematösen Stadium befindet.

Diskussion: LESSER findet das Vorhandensein beginnender Tumorbildung bereits ausgesprochen.

BLASCHKO hat in ähnlichen Fällen mit LASSARS Pyrogalloleinreibungskur gute Resultate erzielt.

6. BLASCHKO demonstriert mikroskopische Präparate des vor einigen Monaten vorgestellten Falles von **Lichen chronicus verrucosus** und von dem damals als Syphilis verrucosa cutis vorgestellten Knaben (cf. S. 128, dieser Band). Die mikroskopische Untersuchung hat ergeben, dafs es sich trotz der syphilitischen Ascendenz um **Tuberculosis verrucosa cutis** handle. Auffallend und prachtvoll ausgebildet sind in letzterem Falle die Riesenschwammzellen.

7. FREUD demonstriert Präparate eines eigentümlichen cystenbildenden und stellenweise starkpigmentierten Gesichtstumors, der durch sehr seltene und schwer auffindbare Verbindungen mit dem Oberflächenepithel sich als ein **Epitheliom** ergeben hat.

Breslauer dermatologische Vereinigung.

Sitzung vom 5. Februar 1902.

Es gelangen zur Demonstration durch

F. Epstein: ein **aggregiertes kleinpapulöses Syphilid mit aufserordentlichem Juckreiz.** Das kleinpapulöse Syphilid juckt bekanntlich zuweilen, in diesem Falle kam noch hinzu, dafs der Kranke zur Zeit des Exanthemausbruches ungewaschene Jägerwäsche getragen hat.

Neisser: ein 4½jähriger Knabe mit **Pityriasis rubra pilaris.** Keinerlei günstiger Einfluſs einer monatelangen Arsentherapie. Neisser verweist nochmals darauf, dafs Devergies Pityriasis rubra pilaris und der Lichen ruber acuminatus nicht identisch sind. Letzterer ist stets malign, erstere benign. Letzterer ist durch Arsen zu beeinflussen, erstere gar nicht. Bei letzterem ist die entzündliche Knötchenbildung die Hauptsache, bei ersterer handelt es sich bei fehlender Entzündung um atonische Hyperämie und — wohl angeborene — follikuläre Hyperkeratose.

Neisser: eine mögliche **Reinfectio syphilitica.** Am Sulcus zeigt der vor zwei Jahren in der Klinik wegen recenter Lues behandelte Kranke eine Geschwulst, welche selbst der Geübteste nicht von einer primären Sklerose zu unterscheiden vermöchte. So lange darauf keine Allgemeinerscheinungen folgen, darf man nicht mit Sicherheit von einer Reinfektion sprechen.

Lion: eine **Hautaktinomykose,** bei der Jodipininjektionen vorzügliche Erfolge gehabt haben. Jod ist noch 13 Tage nach der letzten Einspritzung reichlich im Urin vorhanden.

Lion: eine **streifenförmige Sklerodermie in der Voigtschen Grenzlinie** auf der Stirn einer Frau.

Löwenheim: ein 5jähriger Knabe mit **erfolgreich durch Elektrolyse behandelter circumscripter Sklerodermie.**

Raab: eine **Urticaria pigmentosa congenita** bei einem neunmonatlichen Kinde.

Scholz: eine **Mykosis fungoides mit gleichzeitiger Vitiligo,** beides unabhängig von einander. *Hopf-Dresden.*

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Centralblatt.

V. Jahrg. No. 5 u. 6.

Zur Prophylaxe der geschlechtlichen Krankheiten, von Ed. Richter-Plauen i. V. Nach einer einleitenden Wiedergabe der von Blaschko und anderen Autoren stammenden statistischen Zahlen, betreffend die Verbreitung von Sexualleiden und einer Empfehlung der Prophylaxe der Blennorrhoe mittels Einträufelungen in die Harnröhre, wendet sich Verfasser der Verbreitung der Syphilis zu. Nach Behrmanns Vorgang empfiehlt er zu diesem Zwecke nach jedem suspekten Coitus eine gründliche Reinigung mit Seife und Wasser resp. Urin und dann eine lokale Merkurialisierung der Genitalien, einschliefslich der Fossa navicularis urethrae. Dabei soll besonderes Gewicht auf die Entfaltung der Frenularvertiefungen gelegt werden. Zur Merkurialisierung wird eine Kerze aus grauer Salbe (40%) und Resorcin (¼%) benutzt, deren Spitze in der Urethra abgebrochen wird. Nach der Applikation stellt

sich nur ein gelindes Brennen ein, welches bis zehn Stunden anhält. Ein dem Verfasser befreundeter, opferfreudiger junger Mensch hat in vier Wochen 40 suspekte Coitus unter Beachtung dieser Kautelen ausgeführt, ohne Schaden zu nehmen. (Gegen diese Prophylaxe läfst sich von theoretischen und praktischen Gesichtspunkten so manches sagen: In ersterer Hinsicht darf man das Quecksilber nicht ohne weiteres in Parallele stellen mit dem Diphtherieserum; diese Spezifizität kommt ihm nicht zu, weil wir eine Immunisierung gegen Lues durch Quecksilber nicht kennen. Vom praktischen Standpunkt aus ist die Sache zu umständlich, das mehrstündige Brennen eine grofse Last. Ich glaube kaum, dafs mit diesen prophylaktischen lokalen Schmierkuren en miniature irgend etwas zu machen ist. Die gründliche Reinigung bleibt natürlich in ihrem Werte bestehen, ebenso wie eine vorherige Einfettung einen Sinn hat. D. Ref.)

Neuere Arbeiten über Erkrankungen der Nägel. Übersichtsreferat von Theodor Cohn. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Monatsberichte für Urologie.

Band VII, Heft 2.

Über die bei der Cystoskopie zu verwendende Spülflüssigkeit, von Eugen Warschauer. Die bei der Cystoskopie zur Blasenfüllung nötige Flüssigkeit mufs folgende Erfordernisse erfüllen: 1. sie mufs durchsichtig sein; 2. sie soll antiseptisch wirken; 3. sie darf die Blasenschleimhaut nicht reizen; 4. sie darf die Instrumente nicht angreifen. — Am meisten verwendet wird ja bisher die 3%ige Borsäure. Vorzuziehen ist aber das Hydr. oxycyanatum (1 : 10000—1 : 5000), welches als das idealste Mittel bezeichnet werden kann. Eine grofse therapeutische Bedeutung kommt ihm nicht zu. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band XIII, Heft 3 u. 4.

Kurzer Bericht über 86 bakteriologisch untersuchte Fälle von Infektion der Harnwege mit besonderer Berücksichtigung der Streptokokken und einiger im pathologischen Urin früher nicht gefundenen Bakterien, von Faltin. Der mit sterilem Katheter entnommene Urin wurde auf Schrägglycerinagar oder Ascitesagar und auf Glycerinagar verteilt. Verfasser beschreibt ohne Rücksicht auf die Diagnose die gefundenen Bakterien. An Zahl stehen die Streptokokken voran, die bei 44 Patienten gefunden wurden und deren Klassifizierung Verfasser versucht; Staphylokokken fanden sich 37mal, Bacterium coli fand sich 40mal, viermal wurden nach Gram nicht färbbare, feste Bacillen reingezüchtet, die früher nicht beschrieben sind, 14mal fand sich Bacillus pyocyaneus, 9mal Proteus Hauser, nach Gram sich färbende Stäbchen wurden in zehn Fällen beobachtet, 15mal wurden tuberkulöse Affektionen beobachtet, davon gelang der Nachweis der Tuberkelbacillen zehnmal.

Beitrage zur Pathologie der Harnblase bei Tabes dorsalis und anderen Rückenmarkserkrankungen, von Hirt. Nitze fand bei einem 36jährigen Manne, der an unwillkürlichem Harnabgang litt, 250 g Residualurin, keine Striktur, keine Prostatahypertrophie, dagegen eine stark entwickelte Balkenblase. Nitze sprach den Verdacht aus, dafs es sich um eine beginnende Tabes handele. Verfasser hat die Sektionsprotokolle des Breslauer pathologischen Instituts durchgesehen und in einigen Fällen Hypertrophie der Blasenmuskulatur notiert gefunden; auch in einigen Fällen von Rückenmarksverletzungen fand sich ein derartiger Befund. Verfasser giebt dann in ausführlicher Weise eine Erklärung des Zustandekommens dieser Hypertrophie.

Beitrag zur Pathologie und Therapie der Zottenpolypen der Harnblase von Suter. Verfasser berichtet über zehn von Burckhardt in Basel operierte Fälle von Blasenpapillomen. Die Diagnose war neunmal cystoskopisch gestellt; als Operationsmethode wurde stets der hohe Blasenschnitt gemacht; fünf der operierten Fälle leben noch und sind rezidivfrei. Definitive Heilungen sind aber selten; meist kommen Rezidive vor; immerhin sind die Patienten durch die Operation für längere Zeit von ihren Beschwerden befreit. Verfasser spricht dann noch über die diffuse Papillomatose der Blase und beschreibt ausführlich die Operationsmethode und die Nachbehandlung.

Über Cystenbildung in der Urethra, von Schwerin. Der 30jährige an chronischer Blennorrhoe leidende Patient zeigte bei urethroskopischer Untersuchung eine halbkugelige, erbsengroſse Vorwölbung der Harnröhrenwand, etwa 3 cm vor dem Bulbus von silberglänzender Bedeckung; die Geschwulst veränderte sich in vier Wochen wenig, und sollte incidiert werden, als sie sich von selbst öffnete und dann ausheilte. Ihr Inhalt, der serös, grünlich war, enthielt mikroskopisch Epithelien, Leukocyten, Mastzellen. Wahrscheinlich handelte es sich um eine Retentionscyste einer Littréschen Drüse, entstanden durch Verstopfung und epitheliale Verklebung des Ausführungsganges. *F. Hahn-Bremen.*

The British Journal of Dermatology.

März 1902.

I. **Ein durch intracystische Papillomata erweiterter Schweiſsdrüsenausführungsgang**, von H. D. Rolleston. Es handelte sich um ein 22jähriges Mädchen, das fünf Jahre zuvor eine Schwellung auf der linken Gesichtsseite in der Höhe des linken Ohrläppchens und unmittelbar vor demselben bekam. Vor drei Jahren wurde der Tumor unterbunden und verschwand, um nach kurzer Zeit zu rezidivieren. Er hat ein warziges Aussehen, blutet leicht auf schwache Reibung, fühlt sich hart an, ist mit der Haut leicht verschiebbar. Andere Hauttumoren sind nicht vorhanden. Das Gewächs wurde excidiert und mikroskopisch untersucht. Schon bei schwacher Vergröſserung bemerkt man einen etwa erbsengroſsen Hohlraum, der sich nach der Hautoberfläche hin öffnet. Am Rande dieser Öffnung ist das Stratum corneum verdickt, die interpapillären Epidermiszapfen sind verlängert; der ganze Hohlraum liegt im oberen Teile der Cutis und ist umgeben von wohlgeformtem Bindegewebe; in der Nachbarschaft bemerkt man einige Herde kleinzelliger Infiltration. Bei starker Vergröſserung sieht man, daſs die epitheliale Auskleidung der Höhle gebildet wird von einer einzelnen Lage von Pallisadenzellen, die sich über einer Schicht abgeflachter Zellen befindet, welch letztere eine Art Basalmembran darstellt. Man sieht dann in den Hohlraum hineinragend und von seiner Wandung ausgehend eine Anzahl papillomatöser Fortsätze, von denen einige die Öffnung der Höhle in der Hautoberfläche erreichen. Sie erscheinen in der Cyste zumeist quer durchschnitten und haben dieselbe Epithelbedeckung, wie die Wand des Hohlraumes. Unterhalb der Cyste befinden sich einige erweiterte Schweiſsdrüsen.

Es gewinnt den Anschein, daſs der Tumor einen erweiterten Schweiſsdrüsengang darstellt, von dessen Wandung aus infolge eines andauernden Reizes sich Papillomata entwickelt haben, die ihrerseits wiederum ein Hindernis für die Abfuhr des Schweiſses bildeten und so zur Cystenentwickelung Anlaſs gegeben haben.

II. **Ein Fall von Leucotrichia annularis in Verbindung mit anderen Pigmentanomalien**, von G. N. Meachen-London. Der Fall betraf einen 8jährigen, wohlgenährten, intelligenten Knaben. Jedes Haar auf seinem Kopfe zeigte ein eigentümliches, geflecktes Aussehen, das durch dunkle und helle, mit groſser Regelmäſsig-

keit abwechselnde Segmente hervorgerufen wurde. Die weifsen Segmente hatten eine durchschnittliche Länge von 1/5 mm, die dunkleren oder braunen Teile von 3/10 mm. Von einer gewissen Entfernung aus gesehen erscheint das Haar dunkelbraun. Kahle Stellen sind auf dem Kopfe nicht vorhanden. Da eine Schwester des Patienten Trichophytie gehabt hatte, so wurden die Haare sehr sorgfältig auf den Trichophytonpilz hin untersucht, aber vollständig frei davon befunden. Unter dem Mikroskope war die Regelmäfsigkeit in der Abwechselung der dunklen und hellen Haarsegmente nicht so auffallend. Eine Verdickung des Haarschaftes an den den hellen Segmenten entsprechenden Stellen war nicht vorhanden, wodurch sich die vorliegende Anomalie der Haare von den sogenannten „Pili moniliformes" unterschied.

Die Fingernägel sind unverändert, dagegen sieht man am Abdomen, Rücken, linken Knie und rechten Handrücken unregelmäfsig verteilte hellbraune Flecken, die nach den Angaben der Mutter seit der frühesten Kindheit bestanden und keine Tendenz, sich auszudehnen, gezeigt haben. Der Verfasser rekapituliert kurz die Krankengeschichten der neun in der Litteratur bisher publizierten Fälle dieser seltenen Affektion, für welche er Unnas Bezeichnung „Leukotrichia annularis" als die prägnanteste hält.

Was die Ätiologie betrifft, so glaubt Verfasser, dafs es sich nicht um acquirierten, sondern kongenitalen, auf fötale Störungen zurückzuführenden Zustand handelt.

April 1902.

I. **Über gewisse Formen von Gewerbedermatitis bei Arbeitern in Elektricitäts- und Silberbergwerken**, von Arthur Hall-Sheffield. Beim Reinigen von Trink- und Efsgeschirren bedienen sich die Arbeiterinnen einer Drehbürste, auf welche saures Bier von einem darüber befindlichen Behälter tropft. Die Flüssigkeit spritzt dann beim Bürsten überall umher, so auf die Hände, Vorderarme, ja ins Gesicht. Die Folge davon ist, dafs sich unter dem andauernden Reize des sauren Bieres ein Ausschlag, zumeist ein juckendes papulo-vesikulöses Ekzem entwickelt.

Der Verfasser teilt die Krankengeschichte von vier derartigen Fällen mit.

Weiter wird ein Fall von erythematöser Eruption beschrieben, die beim Beizen und Polieren entstanden ist.

Schutz durch Handschuhe, Pasten und namentlich Unnas Zinkleim trugen zur Besserung des Zustandes viel bei.

II. Klinische Beobachtungen.

a) **Zwei Fälle von Variola**, von G. Little-London. Der erste Fall betraf ein 4 Monate altes Kind, welches am 29. August 1901 in die Poliklinik gebracht wurde. Es litt damals an Bronchitis und zeigte am Stamm und an den Armen einige halbverheilte wunde Stellen. Am 10. September wurde an der Dorsal- wie Plantarfläche der Füfse ein pustulöser Ausschlag wahrgenommen, und die Diagnose auf kongenitale Syphilis gestellt. Am 28. September entwickelte sich ein universeller, vesikulöser Ausschlag. Am 2. Oktober wurde das Kind in die Abteilung des Verfassers geschickt. Damals waren Gesicht, Arme, Hände, Oberschenkel, Füfse, Gesäfs dicht besät von vielfach gedellten Pusteln. Einige befanden sich auch auf der Kopfhaut. Die Temperatur betrug 103° F. Nunmehr wurden Variola diagnostiziert.

Verfasser hält es für wahrscheinlich, dafs die erstere Diagnose korrekt war, und dafs die Variola zufällig hinzukamen und das Krankheitsbild stark verwirrten.

In einem zweiten Falle zeigte ein 12jähriges Mädchen einen Variolaausschlag und gleichzeitig vier wohlentwickelte Impfpusteln, ein Umstand der gegen die Wirksamkeit der Impfung sprechen könnte. Die Anamnese ergab, dafs das Mädchen sich 14 Tage zuvor bei einem jüngeren Bruder, der an der Krankheit starb, angesteckt

haben mufste und dafs sie acht Tage vor ihrem Eintritt ins Hospital geimpft worden war. Die Impfung hatte doch den Effekt gehabt, dafs die Variolapusteln weniger zahlreich und kleiner als sonst waren, wenngleich die Allgemeinerscheinungen keine geringere Intensität zeigten.

b) **Ein Fall von Skorbut mit Purpura**, von J. C. Wilson. Ein 13jähriger Knabe bekam infolge mangelhafter und unzweckmäfsiger Ernährung (er afs mit besonderer Vorliebe Citronen) um die Weihnachtszeit unter Fieber, Delirien und allgemeinem starken Unwohlsein Skorbut. Am 2. Januar wurden Purpuraflecke an den Armen, Händen, später an den Beinen bemerkt. Am 14. Januar wurde der Patient zum ersten Male vom Verfasser gesehen. Er zeigte hier und da am Körper zerstreute Petechien und Vibices, von denen einige bereits im Abblassen begriffen waren und eine grünliche oder gelbliche Färbung angenommen hatten. Das Zahnfleisch war schwammig und blutete auf die leiseste Berührung.

Unter einer entsprechenden Diät, namentlich von grünem Gemüse, besserte sich bald das Allgemeinbefinden. Innerhalb von 14 Tagen war alles verschwunden.

C. Berliner-Aachen.

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Band 20. März 1902.

I. **Bemerkungen über den Mikrobacillus der Seborrhoe (Sabouraud).** Vorläufige Mitteilung über eine Untersuchung der Talgdrüsen der Nase, von J. F. Schamberg-Philadelphia. Verfasser hat 50 teils vollkommen gesunde, teils mit verschiedenen Hautkrankheiten behaftete Individuen untersucht. Es wurde ein wenig Sebum aus den Talgfollikeln der Nase ausgedrückt, zwischen zwei Deckgläschen ausgebreitet und mit Löfflerschem Methylenblau und Gentianaviolett gefärbt. Der Zustand der Nase, ob ölig oder trocken, wurde in jedem einzelnen Falle notiert. Unter den 50 Fällen fanden sich bei 45 (= 90%) Haufen von Bacillen fast in Reinkultur. Sie entsprachen ganz denjenigen, welche Unna, Engman und Hodara beim Comedo und bei der Akne, und Sabouraud bei der Seborrhoe gefunden hatten. Positive Befunde zeigten 27 mit öliger, 16 mit trockener Haut und 2 mit etwas unbestimmtem Zustande. Von den 5 negativen Fällen wiesen 3 eine trockene, 2 eine ölige Haut auf. Es ist bei den letzteren 5 Fällen jedoch nicht ausgeschlossen, dafs der negative Befund in der Schwierigkeit, hinreichendes Talgdrüsenmaterial zu erhalten, seine Ursache hatte. Eine nochmalige Untersuchung fand nicht statt.

Verfasser rekapituliert aus den einschlägigen Arbeiten der oben erwähnten Autoren das wichtigste und spricht seine Ansicht aus, dafs die Frage der parasitären Natur der Seborrhoe, der Akne und der Alopecie durchaus noch nicht abgeschlossen sei. Es ist noch nicht mit Bestimmtheit nachgewiesen, dafs der von Unna und Sabouraud beschriebene Mikrobacillus nicht ein konstanter, mehr oder weniger normaler Bewohner der grofsen Talgdrüsen sei.

II. **Relative Impotenz infolge von chronischer Urethritis der hinteren Harnröhre**, von Louis E. Schmidt-Chicago. Verfasser lenkt die Aufmerksamkeit auf einen besonderen Typus der chronischen Urethritis posterior, welcher eine eigentümliche Art von temporärer Impotenz verursacht. Man bemerkt Patienten, welche über herabgesetzte, und andere, die über gesteigerte Potenz klagen. Bei der ersteren Gruppe kommt es gewöhnlich, wenn auch nur für kurze Zeit, zu vollständiger Impotenz. Bei der zweiten Gruppe sind anfangs normale Erektionen vorhanden, später sind dieselben, wie auch die Ejakulation, mit den heftigsten Schmerzen verbunden, so dafs die Patienten schliefslich eine höllische Angst vor jeder geschlechtlichen Er-

regung bekommen. Teils infolge lokaler Ursachen, teils durch psychische Eindrücke treten die Erektionen sehr selten ein, der sexuelle Akt wird ein unvollständiger und unbefriedigender. Für längere Zeit kommt es überhaupt zu keiner Samenentleerung.

Diese Impotenz hat ihre Ursache entweder in einer Atrophie des Samenapparates oder in pathologischen Veränderungen der Prostatadrüse. Mit dem Urethroskop muſs man sich Gewiſsheit schaffen, mit welchem der beiden Typen man es zu thun habe. In dem einen ist das Caput gallinaginis augenscheinlich vergröſsert, abgerundet, die Schleimhaut bläulich rot, in dem anderen sind die entzündlichen Erscheinungen viel stärker ausgesprochen. Bei der letzteren Gruppe wird man wegen der groſsen Schmerzempfindlichkeit nur unter Anwendung von lokalen Anästheticis (Morphiumsuppositorien oder Kokaininjektionen [2%ig]) das Urethroskop einführen und die Mittel (Jodglycerin) applizieren können.

Wenn es gelungen ist, die entzündliche Schwellung zum Verschwinden zu bringen, darf man hoffen, daſs auch vollständige Potenz wiederkehrt.

III. **Gewebsneubildung in der Urethra,** von J. H. Dowd-Buffalo. In einer Anzahl von Fällen von chronischer Entzündung der Harnröhrenschleimhaut beschränkt sich der Prozeſs auf ganz vereinzelte Stellen. Gelingt es nicht diese zur Abheilung zu bringen, so wird man bei genauer Beobachtung wahrnehmen, daſs sie zuerst eine Zellinfiltration, dann eine Zellproliferation, schlieſslich eine Bindegewebsneubildung erfahren, welche in narbiges Gewebe oder in eine Striktur ausgeht. Diesem üblen Ausgange vorzubeugen, d. h. jene circumscripten chronisch-entzündlichen Stellen der Harnröhrenschleimhaut frühzeitig zu entdecken und dann durch eine zweckmäſsige lokale Behandlung zum Schwinden zu bringen, dafür will Verfasser uns einige Winke an die Hand geben. Man hat vor allem fleiſsig die Fädchen im Urin mikroskopisch zu untersuchen. Solche des früheren Stadiums des Trippers enthalten fast ausschlieſslich Eiterzellen, wie der Trippereiter selbst, während die Fädchen, welche von lokalisierten chronisch-entzündlichen Stellen herrühren, nach 3—4 Monate langem Bestehen des Trippers mikroskopisch als aus degenerierten Epithelzellen, Eiterzellen, hin und wieder mit Kokken zusammengesetzt sind und alles in eine schleimige Grundsubstanz eingebettet befunden wird. Daſs hier auch schon neugebildetes Gewebe vorhanden ist, kann man wahrnehmen, wenn man die Harnröhre dilatiert; beim Einführen oder auch beim Herausziehen der Sonde zeigen sich blutige Fädchen oder Blutklumpen, die ebenso wie die Fädchen aus degenerierten Epithelzellen, Eiterzellen, Schleim bestehen, denen rote Blutkörperchen und Bindegewebszellen beigemengt sind. Diese blutigen Fädchen sind nicht zu verwechseln mit jenen, welche durch eine leichte Verletzung auch der ganz normalen Schleimhaut beim Einführen einer Sonde zum Vorschein kommen können. Diese letzteren bestehen nur aus roten Blutkörpern, welche durch eine hyaline, schleimige Substanz zusammengehalten werden. Wenn man die Sondierungen im ersteren Falle fortsetzt, so werden die blutigen Streifen nach und nach kleiner und verschwinden schlieſslich ganz, d. h. man hat denjenigen Zustand erreicht, bei welchem das neugebildete Gewebe zur Absorption gebracht worden ist. Man wird selbstverständlich hinreichend starke Sonden zur Dilatation nehmen müssen, am besten zwei Nummern (französisch) über das Kaliber des normalen Lumens der Harnröhre. Die Dilatationen kann man wöchentlich einmal, durch acht Wochen hindurch vornehmen. Dann pausiere man für zwei Monate und wiederhole die Sondierungen unter sorgfältiger Untersuchung der blutigen Fädchen. Finden sich solche keine mehr, so lasse man sechs Monate verstreichen, ehe man die Prozedur wiederholt. Zeigen sich andauernd keine, von neugebildetem Gewebe herrührende, blutige Fädchen mehr, so kann man vollständige Heilung annehmen.

IV. **Initialsklerose an der Ferse**, von A. T. Büchler - New York. Ein 17 Monate altes Kind, das schon seit längerer Zeit mit einem Lichen tropicus universalis behaftet war, bekam vor zwei Monaten an der rechten Ferse ein Geschwür, welches gegenwärtig einen harten Grund zeigt, umschrieben, erhaben, oval und von einer gelbbraunen Kruste bedeckt ist. Die benachbarten Drüsen sind geschwollen. Nach 14 Tagen kam es zu deutlichen Sekundärerscheinungen. Die Infektion fand durch die Mutter statt, welche Condylomata lata und andere Syphilide am Körper zeigte. Etwas genaueres über den Infektionsmodus wird nicht mitgeteilt.

Band 20. April 1902.

I. **Hautkrebs**, von J. A. Fordyce - New York. Die epitheliale Proliferation, welche von der Epidermis oder ihren Anhängen ausgeht, kann in einem gewissen Stadium der Entwickelung zum Stillstand kommen und für Monate oder Jahre stationär bleiben. Die sie konstituierenden Zellen gehen eine Degeneration ein und hören auf zu wachsen, bis irgend ein äufserer starker Reiz oder lange dauernde Irritation von schwacher Intensität einsetzt und sie zu einem Tumor oder einem infiltrierten Geschwür rapide anwachsen läfst. So kommt es namentlich bei Leuten im mittleren Alter nicht selten vor, dafs ein kleiner Knoten, eine unbedeutende Warze im Gesicht, nach jahrelangem Bestehen, abgekratzt oder schwach angeätzt wird und Anlafs zu einem Epitheliom oder einem Ulcus rodens giebt.

Der Verfasser zeigt an einigen Beispielen, welche Zerstörungen dasselbe im Gesichte anrichten kann. Die histologische Untersuchung hat ergeben, dafs die epitheliale Neubildung so tief greift, dafs sie durch die blofse Auskratzung nicht vollständig entfernt werden kann. In solchen Fällen hat sich die Behandlung mit Röntgenstrahlen sehr bewährt, wie Verfasser aus seiner Praxis erfahren hat.

Der klinische Verlauf des Lippenkrebses unterscheidet sich von dem des Ulcus rodens durch sein rapideres Umsichgreifen und vor allem durch die Metastasenbildung. In allen Fällen werden früher oder später die benachbarten Lymphdrüsen befallen, während sie beim Ulcus rodens fast immer unberührt bleiben. Die Malignität der Epitheliome hängt von ihrer Struktur und von der Widerstandskraft der Hautstelle ab, auf welcher das Gewächs sich entwickelt. Danach wird sich auch die Behandlung richten. Umschriebene, nicht infiltrierende Epitheliome werden leicht durch Excision oder Caustica beseitigt und zeigen wenig Tendenz zu rezidivieren. Andere aber sind daneben noch oder ausschliefslich mit Röntgenstrahlen zu behandeln.

II. **Zwei Fälle von blastomycetischer Dermatitis**, von F. J. Shepherd-Montreal. Der erste Fall betraf einen 38jährigen, verheirateten Mann, der mit einer bedeutenden Ulceration im Gesichte ins Hospital kam. Die Krankheit begann vor sieben Monaten mit zwei kleinen Papeln auf dem rechten Nasenflügel. Die Papeln waren hart, flach, blafsrot. Sie wurden niemals pustulös, sondern gingen im weiteren Verlaufe in knotige Tumoren über, die sich nach oben und unten ausdehnten. Die Haut über der ganzen befallenen Partie ulcerierte, und die Ulceration zerstörte schliefslich den rechten Nasenflügel und einen Teil der benachbarten Oberlippe. Das Geschwür verursachte dem Patienten intensive Schmerzen, dehnte sich allmählich weiter aus, bis es beide Wangen, die ganze Nase und einen Teil der Stirn und der Oberlippe ergriffen hatte.

Der Patient war früher gesund und hat angeblich niemals Syphilis gehabt. Er ist verheiratet, die Frau ist gesund und hat ihm gesunde Kinder geboren.

Auf grofse Dosen von Jodkalium besserte sich der Zustand rapide. Als Verfasser den Patienten nach mehreren Monaten wiedersah, war derselbe vollständig von seiner Affektion befreit.

Den Status im zweiten Falle beschreibt Verfasser folgendermafsen: „Ein ziemlich gut genährter Mann von 72 Jahren zeigte keine Anzeichen von Syphilis; nur über dem linken Sterno-mastoideus befinden sich zwei Narben, die aussehen, wie wenn sie von vereiterten, tuberkulösen Drüsen herrührten. Der Patient sagt, diese Narben seien sehr alt. Die Haut der rechten Gesichtsseite ist gerötet glatt, glänzend, narbig atrophisch und deutet die Stellen früherer Ulceration an. Auf dieser glänzenden Haut sieht man einige erhabene, pustulöse, mit Krusten bedeckte Bezirke. Das rechte Ohr ist stark infiltriert und ein Teil des Ohrläppchens ist verschwunden; auch vor dem Ohr und über der Schläfengegend besteht beträchtliche Narbenbildung, bei welcher die Haare zu Grunde gegangen sind. Unter dem Ohre und im Meatus sieht man einige Pusteln, aus denen sich eine eitrige Flüssigkeit ausdrücken läfst. Die Nase ist mit einer Gruppe von Pusteln und Schuppen bedeckt, der rechte Nasenflügel fast ganz zerstört. Es besteht Ektropion des rechten Augenlides, wahrscheinlich von der Kontraktur der vernarbten Wangenhaut herrührend. Über einem Teil der Oberlippe fehlen die Haare, die Haut ist mit Narben bedeckt und etwas narbig kontrahiert."

Es wurden Gewebspartikelchen entnommen und Kulturen angelegt.

Auch in diesem Falle führten grofse Dosen von Jodkalium eine rapide Besserung und zuletzt vollständige Heilung herbei.

Die von W. Johnston vorgenommene histologische, wie bakteriologische Untersuchung ergab im ersten Falle hinsichtlich der Diagnose einer blastomycetischen Dermatitis kein positives oder ein mindestens zweifelhaftes Resultat; im zweiten Falle dagegen wurde in den Kulturen nach einer Woche der charakteristische Blastomyces-pilz gefunden.

(NB. Wir können uns nicht recht des Eindruckes erwehren, dafs es sich in den vorliegenden Fällen um ganz veraltete und vernachlässigte tertiäre Lues handelte, die erst auf grofse Dosen Jodkalium prompt und wunderbar, wie es keine Hautaffektion sonst thut, reagiert hat. Dafs die tertiär-luetischen Geschwüre bei ihrer stark exponierten Lokalisation im Gesichte auf die Dauer auch die Brutstätte aller möglichen Bakterien werden können, die das Krankheitsbild vielleicht verändert und verdunkelt haben, soll nicht bezweifelt werden. Ref.)

III. **Unter Cocain ausgeführte Litholapaxie**, von G. K. Swinburne. Ein 62jähriger Mann litt seit fünf Monaten an schmerzhaftem Harndrang, und zeitweilig war der Urin blutig, fast immer aber trübe und wolkig. In der letzten Zeit mufste der Patient am Tage alle 15—30 Minuten, in der Nacht alle zwei Stunden urinieren. Die Untersuchung stellte die Anwesenheit eines Blasensteines fest. Der Patient erhielt innerlich Urotropin, die Blase wurde lokal mit Ausspülungen von schwacher Salzlösung mehrere Wochen hindurch behandelt und so für die beabsichtigte Operation in einen leidlicheren Zustand versetzt. Inzwischen gewöhnte sich auch der Patient an die verschiedenen Manipulationen beim Einführen von Sonden, Kathetern und beim Ausspülen der Blase. Nach ca. vier Wochen schritt Verfasser zur Operation. Zuerst wurden Urethra und Blase gründlich mittels Katheters ausgewaschen, sodann der Katheter zurückgezogen, bis das Auge sich gerade in der Urethra posterior befand, hierauf etwa 20 g einer 2%igen Cocainlösung langsam durch die Urethra posterior in die Blase injiziert und dort gelassen. Eine Spritze voll der Lösung wurde in die vordere Harnröhre eingespritzt und vom Patienten etwa zehn Minuten festgehalten, bis die Vorbereitungen zur Operation getroffen waren. Hierauf wurde die Blase mit einer warmen Salzlösung gefüllt und dann mit dem kleinen Bigelow der Stein zertrümmert. Da die Operation aber zu langsam vor sich ging, so bediente sich Verfasser des gröfseren Lithotriptors von Keyes. Die Operation dauerte ¾ Stunden. Die Entfernung eines zweiten in der Blase befindlichen Steines wurde auf eine andere

Sitzung verschoben. Nach vier Wochen wurde in derselben Weise auch dieser Stein entfernt. Der Patient ertrug die Operationen sehr gut. Seine Beschwerden verschwanden für längere Zeit, bis sich die Anzeichen von kleinen Harnsäuresteinen zeigten, nach deren Entfernung vollkommenes Wohlbefinden eintrat.

Der Versuch des Verfassers bei einem anderen Patienten ebenso zu verfahren, mifslang, weil derselbe zu ängstlich war und die Einführung von Instrumenten nicht duldete. Es mufste die Operation in Chloroformnarkose ausgeführt werden.

C. Berliner-Aachen.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1902. Heft 2—3.

Über Wesen und Behandlung der Alopecia areata, von L. Jacquet. J. hat dieser Abhandlung noch einen Untertitel gegeben: er spricht über die Alopecia areata „d'origine dentaire". In diese beiden Worte ist der ganze Inhalt seiner mühseligen und fleifsigen Untersuchungen zusammengefafst. Er stellt hier die Behauptung auf und stützt sie durch zahlreiche Beweisstücke, dafs es einen Haarschwund giebt, der in unmittelbarer Beziehung zu den von den Zähnen ausgehenden Erregungen des Trigeminus steht.

Von der Bakteriologie erwartet Jacquet für sein Fach, und besonders für die Frage der Alopecie nicht mehr viel, daher hat er sich wieder den klinischen Beobachtungen in die Arme geworfen und hier durch sorgfältige Studien zahlreiche, zum mindesten auffällige Zusammenhänge zu Tage gefördert.

Ein erster derartiger Zusammenhang zwischen Zahnreiz und Alopecie ist chronologischer Natur. In 200 Fällen von Haarschwund waren 27 mal subjektive Störungen, Schmerzen und Flufs („Fluxion") im Gebiet des Trigeminus voraufgegangen, und zwar lag zwischen der Reizung des Trigeminus und dem Beginn des Haarschwunds ein Zeitraum von wenigen Wochen bis drei Monaten.

Die zweite merkwürdige Beziehung besteht darin, dafs Enthaarung und Trigeminus-Affektion immer homolateral sind; die Alopecie beginnt, wenn nicht gleichzeitig auf beiden Seiten, dann immer auf der Seite, an der vorher über Schmerz oder Flufs geklagt wurde.

Als dritten Punkt verzeichnet J. verschiedene objektive Befunde. Neben Schnupfen und Nasenbluten, die nur selten beobachtet wurden, sind besonders zu nennen: Erythrose, Hyperthermie und Drüsenschwellung der erkrankten Seite. J. macht besonders auf die häufige Schwellung der Unterkieferdrüsen und der Mandel der befallenen Seite aufmerksam. Hierzu gesellt sich noch regelmäfsig eine latente Hyperästhesie bestimmter, zum Trigeminus der kranken Seite gehöriger Nervenfasern. J. giebt genau an, wie man diese Hyperästhesie festzustellen hat, wo die Nervenfasern, die in Betracht kommen, aus ihrem knöchernen Kanal treten; es werden im ganzen fünf solche Punkte bezeichnet.

Nun bringt J. in der vorliegenden Abhandlung 29 Fälle, in denen alle diese nervösen und anderweitigen Symptome im nachweisbaren Zusammenhang mit einem erkrankten oder in Neubildung begriffenen Zahn standen, so dafs er von einem „syndrome réflexe odontopathique ou néodentaire" spricht.

Eine weitere Stütze findet diese Theorie in dem Verhältnis der Häufigkeit der Alopecie zu dem Lebensalter. Unter 273 Fällen von Alopecie verteilten sich 184 auf die Lebensalter von 3—14 und von 19—30 Jahren, also auf die Zeiten, innerhalb derer die Menschen durch Zahnwechsel und Neubildung am meisten von ihren Zähnen zu leiden haben; diese Statistik hat um so mehr Beweiskraft, als sie mit einer von

einem anderen Autor zu anderen Zwecken zusammengestellten Statistik übereinstimmt. — Schliefslich liefert J. auch den Nachweis, dafs Trigeminusfasern vom gereizten Zahn aus in geringer Menge bis in alle die Felder gelangen, die in seinen Fällen an Alopecia areata erkrankt waren, so dafs er als Grundlage dieses Leidens eine trophische Störung annimmt; eine häufige Ursache dieser trophischen Störung erblickt er in einer Reizung von Wangenfasern des Trigeminus, die in spärlicher Menge, aber unmittelbar von dem den Reiz abgebenden kranken Zahn, zu den Stellen der Alopecia areata ziehen.

Alle diese Punkte, sowie die Thatsache, dafs der Haarschwund heilt, so bald der ihn bedingende Zahnreiz zu wirken aufgehört hat, glaubt J. im Sinne seiner Theorie deuten zu dürfen.

Lichen planus palmaris et plantaris, von W. Dubreuilh und E. Le Strat. Einen Lichen der Hohlhand oder des Fufsrückens zu diagnostizieren, wenn der übrige Körper frei von Lichen ist, bleibt immer eine schwierige Aufgabe. An der Hand von drei eigenen und sechs weiteren, aus der französischen und englischen Litteratur entnommenen Beobachtungen geben die Verfasser nun eine Beschreibung des Lichen planus palmaris et plantaris chronicus. Er beginnt mit linsengrofsen, roten, leicht hyperkeratotischen Erhebungen, die zu gröfseren Flächen zusammenfliefsen, auch wohl als eine grofse Plaque Hand und Finger bedecken können. An den erkrankten Stellen ist die Hornschicht nur schwach verdickt, aber trocken und hart. Die Papillarleisten treten überall deutlich hervor; die Abschuppung bleibt in ganz mäfsigen Grenzen; in den Gelenkfalten bilden sich nicht selten Schrunden. Mehrfach waren die Ausführungsgänge der Schweifsdrüsen erweitert und enthielten einen harten Hornpfropfen — ein Verhalten, das auch beim Lichen arsenicalis zur Regel gehört und die Differential-Diagnose erschwert. Letzterer wird noch eine längere Betrachtung gewidmet. — Das Jucken ist meistens gering; die Krankheit zieht sich recht lange hin. Für die Behandlung wird innerlich Arsen, äufserlich das Unnasche Verfahren empfohlen.

Ein Fall von Paronyxis tuberculosa, durch Impfung entstanden, von Dalous-Toulouse. Ein Student der Medizin machte mit einer ganz leichten Hautverletzung am Nagel des linken Ringfingers die Sektion eines Tuberkulösen; dabei wurde die schon verletzte Haut durch den scharfen Rand einer zerschnittenen Rippe noch weiter aufgerissen. In der Folge entwickelte sich hier ein tuberkulöses Geschwür, das erst durch Messer und Thermokauter zur Heilung gebracht werden konnte; am Ellbogen geschwollene Drüsen. — Die histologische Untersuchung der ausgeschnittenen Teile erwies die tuberkulöse Natur des Geschwürs. Kochsche Bacillen wurden weder hier noch in der ausgeschnittenen Drüse des Ellbogens gefunden. Von dieser wurden einem Meerschweinchen Teile eingeimpft, und das Tier ging nach zehn Tagen ein; auch bei ihm waren Kochsche Bacillen nicht nachzuweisen und der histologische Befund lieferte kein deutlich tuberkulöses Bild. *Türkheim-Hamburg.*

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1902. Heft 3.

Über die Verwendung der Schwefelbäder bei der Behandlung der Syphilis, von Edmond Vidal. Verfasser stellt drei Indikationen für die Anwendung von Schwefel-Mineral-Bädern bei der Behandlung der Syphilis auf. Dieselben sind angezeigt: 1. Bei frischer Syphilis, die regelrecht behandelt wurde und seit mindestens einem Jahr keine Symptome mehr machte. 2. Bei frischer Syphilis gravis mit hartnäckigen Erscheinungen, die auf Jod und Quecksilber nicht weichen wollen, sowie

bei tertiären Hautformen, Gummata und Syphiliden. 3. Bei Kranken mit Hg-Vergiftung. Es wird dann des weiteren die Einwirkung des Schwefels auf den Organismus und sein chemisches Verhalten gegenüber dem Quecksilber besprochen, die verschiedene Form der Anwendungsweise der S-haltigen Mineralquellen erörtert, wobei dem heifsen Schwefel-Dampfbad die meiste Wirkung zugeschrieben wird und schliefslich nicht ohne ein Gefühl von Neid auf den ungeheuren Besuch Aachens auch abseiten der Nicht-Deutschen hingewiesen, unter Anerkennung der Thatsache, dafs Aachen dank seiner vortrefflichen Einrichtungen alle anderen Schwefelquellen bei weitem überflügelt hat.

Verbesserungen in der Radiotherapie, von Béclère. Die Röntgenstrahlen sind nicht alle gleichartig. Je luftleerer eine Crookessche Röhre ist, um so besser und leichter durchdringen die von ihr ausgehenden Strahlen die Gewebe; je mehr Luft sie dagegen noch enthält, um so mehr Strahlen werden von der Haut absorbiert und geben hier dann Veranlassung zu allerlei Entzündungen. Jede Crookessche Röhre nimmt allmählich von der Umgebung Luft auf, wird also mit der Zeit für die Zwecke der Radioskopie und Radiotherapie immer unbrauchbarer. Diesem Mangel wird aber durch die von Villard erfundene „Ampoule à osmo-régulateur" abgeholfen. Die sinnreiche Vorkehrung, die an jeder Röhre angebracht werden kann, rechnet mit der Eigenschaft des Platins, in rotglühendem Zustande für Sauerstoff durchlässig zu werden.

Das zweite, von Béclère erfundene und Spintermeter-Funkenmesser benannte Instrument dient dem Zwecke, die Durchdringungskraft der jeweils zur Verfügung stehenden X-Strahlen zu bestimmen, zu ermitteln, ob man es mit Strahlen zu thun hat, die leicht oder schwer durch den Körper hindurchdringen. Dem dritten der beschriebenen Instrumente endlich, dem Radiochromometer von Benoist, fällt die Aufgabe zu, eine feste Skala für die verschieden starken Röntgenstrahlen aufzustellen. Eine dünne Silberscheibe ist von einem breiten Aluminiumrand umgeben, der in zwölf Felder geteilt ist. Diese Felder sind von wachsender Dicke, das erste 1 cm, das letzte 12 cm dick. Ist nun z. B. der Schatten des dritten Aluminiumfeldes auf dem Fluorschirm genau so dunkel wie derjenige der centralen Silberscheibe, so hat man es mit Strahlen der dritten Ordnung zu thun.

Wegen weiterer technischer Einzelheiten sei der Leser auf das Original verwiesen.

Rezidivierender Herpes des Gesichts, von Dalous-Toulouse. Die mitgeteilte Krankengeschichte zeichnet sich durch keine Besonderheiten aus.

Erkrankung der Nägel in einem Fall von vitiliginöser Alopecie, von Ch. Audry. Patient, ein 30jähriger, sonst gesunder Mann, erkrankte vor $2^1/_2$ Jahren an Alopecia areata und ist jetzt vollkommen kahl; an allen den Teilen, die sonst behaart zu sein pflegen, auch an den Augenbrauen und Augenwimpern, sind die Haare jetzt gänzlich verschwunden. Die kahlen Stellen, die anfangs ganz bleich waren, sind im Laufe der Zeit wieder etwas dunkler geworden. Daneben besteht eine Erkrankung der Nägel. Am Daumen, Mittel- und Ringfinger der rechten Hand, am Mittel- und Ringfinger der linken Hand ist der freie Nagelrand ganz weggebröckelt, der Rest des Nagels zeigt oberflächliche Einschnitte, keine sonstigen Veränderungen. Am linken Zeigefinger ist die Erkrankung des Nagels erst im Beginn, derselbe färbt sich an seinem freien Rande schmutzig weifs. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1902. Heft 8.

1. **Studie über die geographische Verbreitung der Harnsteinkrankheit,** von Pierre Serguiewsky-Saratow. Der Artikel wird fortgesetzt.

2. **Bakteriologische Untersuchungen über die Infektion der Blase, besonders hinsichtlich der Veränderlichkeit der Bakterienflora,** von R. Faltin-Helsingfors. (Heft 2 und 3.) Der Verfasser hat an 75 Fällen von primären und sekundären Blaseninfektionen bakteriologische Untersuchungen vorgenommen, das Ergebnis derselben faſst er in folgenden Schlufssätzen zusammen: Bei Blaseninfektionen zeigen sich im Verlaufe der Behandlung gewöhnlich Veränderungen der Bakterienflora. Wenn auch alle in der Blase vorkommenden Bakterienkombinationen sich verändern und die neu entstandenen Kombinationen immer wieder Variationen aufweisen können, so scheint doch eine gewisse Gesetzmäſsigkeit in dem Sinne zu bestehen, daſs bestimmte Bakterien eine gröſsere Beständigkeit besitzen und daſs bei Veränderungen der vorhandenen Bakterienflora gewisse typische Kombinationen entstehen. Eine primäre Monoinfektion verwandelt sich oft in eine Polyinfektion, seltener in eine andere Monoinfektion. Eine Polyinfektion verwandelt sich selten in eine Monoinfektion, häufiger in eine andere Bakterienkombination. Die reinen Kokkeninfektionen, insbesondere die Staphylokokkeninfektionen, haben selten Bestand, sie machen sehr häufig Bacillen, die nach Gram nicht färbbar sind, und noch öfter Kombinationen dieser Bacillen mit Mikrokokken, besonders mit Staphylokokken Platz. Die Art der ursprünglichen Bakterienflora und der im Verlaufe der Behandlung dazugekommenen Mikrobien, auſserdem aber die Art der Behandlung lassen bis zu einem gewissen Grade voraussehen, welche Kombinationen weiterhin zu stande kommen werden. Reinkulturen, besonders von Staphylokokken und Kokkeninfektionen im allgemeinen bilden bei frischen, von der Urethra aus erfolgten Infektionen die Mehrzahl, während sie bei lange behandelten Fällen in der Minderzahl sind. Bei veralteten Fällen finden sich am häufigsten einige nach Gram nicht färbbare Bacillen neben einem Mikrococcus, besonders einem Streptococcus. Bacterium coli findet sich in veralteten Fällen öfter als in frischen, reine Coliinfektionen sind jedoch bei den ersteren nicht häufiger als bei den letzteren. Die Coliinfektion kommt gewöhnlich von der Urethra, seltener vom Rectum aus oder auf anderem Wege zu stande. Obwohl sich die Colibakterien in der Blase trotz der Gegenwart anderer Bakterien leicht festsetzen und oft das numerische Übergewicht erlangen, zeigen sie doch keine deutliche Neigung, die anderen Bakterien zu verdrängen. Ein Antagonismus besteht wahrscheinlich nur zwischen den Colibakterien und gewissen Staphylokokken, die überhaupt gegenüber allen Arten von Einflüssen auſserordentlich empfindlich sind. Eine ausgesprochene Neigung, andere in der Blase befindliche Mikrobien zu töten oder zu verdrängen, scheint der Pyocyaneus zu besitzen. Bei der bakteriologischen Untersuchung der Blaseninfektionen kann es vorkommen, daſs bei Verwendung der für aërobe Bakterien gebräuchlichen Kulturverfahren die Ergebnisse der Kulturen mit den Resultaten der direkten Urinuntersuchung nicht übereinstimmen. Bei den ammoniakalischen Cystitiden, bei denen gleichzeitig Staphylokokken und Colibakterien und nicht selten noch andere Mikrobienarten vorhanden sind, enthalten die Kulturen manchmal nur Colibakterien, während die anderen bei der mikroskopischen Untersuchung gefundenen Arten, besonders die Staphylokokken, fehlen.

Götz-München.

Bücherbesprechungen.

Formulaire pratique de thérapeutique pour le traitement de la syphilis, von MARMONIER. (Octave Doin, Paris 1902.) Das vorliegende, therapeutische Nachschlagebuch, in dem die Arbeiten der hervorragenden französischen Syphilidologen in ausgedehntem Maſse benutzt sind, bringt in klarer, kritischer Darstellung, übersichtlicher Anordnung und groſser Ausführlichkeit eine Schilderung der Syphilistherapie im Allgemeinen und der bei jeder einzelnen syphilitischen Erscheinung indicierten Behandlungsart im besonderen. Was der Verfasser hier an Spezifizierung der luetischen Manifestationen leistet, kann schlechterdings nicht mehr überboten werden. Da ferner alle Methoden und Medikamente, die uns zur Zeit bei der Behandlung der Syphilis zur Verfügung stehen, erwähnt sind — nur die Verabreichung von Kalomel bei hereditär-syphilitischen Kindern ist nicht angeführt —, und da ein detailliertes, 14 Seiten füllendes Register die Benutzung des Büchleins zu einer sehr einfachen und leichten macht, so kann man wohl mit dem Urteil JULLIENS einverstanden sein, der in einer kleinen Vorrede die Arbeit ein Meisterwerk nennt. — Von Einzelheiten ist zu erwähnen, daſs MARMONIER empfiehlt, die spezifische Behandlung möglichst frühzeitig, d. h. sofort, nachdem die Diagnose mit Sicherheit gestellt ist, zu beginnen, ferner, daſs er in allen schweren Fällen die Injektionen unlöslicher Quecksilbersalze, insbesondere die Kalomelinjektionen bevorzugt. Die Paralyse und die Tabes zählt er unter den tertiären Erscheinungen auf; bei der ersteren hält er eine spezifische Behandlung für aussichtslos, bei der letzteren empfiehlt er sie. — Die ersten Worte des Buches lauten: „Die Behandlung der Syphilis, deren pathogenes Mikrobion eben von JUSTIN DE LISLE und JULLIEN entdeckt worden ist...“; kann man das wirklich schon mit solcher Bestimmtheit sagen? *Götz-München.*

La Léprose, von DOM SAUTON. (C. Naud, Paris 1901.) DOM SAUTON hat sich, wie er in der kurzen Einleitung zu seinem Buche erwähnt, seit 10 Jahren ausschlieſslich mit dem Studium der Lepra beschäftigt und alle bedeutenderen Lepraherde der ganzen Welt selbst besucht. Die Frucht dieser mühe- und aufopferungsvollen Studien ist das vorliegende stattliche Werk. — Nach einer kurzen Darstellung der Geschichte der Lepra schildert der Verfasser ausführlich die gegenwärtige Verbreitung des Aussatzes in den verschiedenen Ländern, dabei teilt er auch die in einzelnen Ländern bezüglich der Leprösen getroffenen Bestimmungen mit und weist insbesondere darauf hin, mit welcher Grausamkeit die armen Kranken nicht nur in China, Tonkin und auf den Hawaiischen Inseln, sondern auch in civilisierten Ländern behandelt werden; er hält es für eine Pflicht der medizinischen Wissenschaft, mit aller Energie gegen diese Grausamkeit zu protestieren. — In dem die Ätiologie behandelnden Kapitel wird eindringlich betont, daſs die Lepra zwar eine bacilläre Krankheit ist, daſs aber ihr Erreger, der HANSENsche Bacillus, für sich allein nicht im stande ist, bei allen Menschen Lepra zu erzeugen, daſs er dazu vielmehr eines Terrains bedarf, das für seine krankmachende Thätigkeit vorbereitet und empfänglich ist. Diese Empfänglichkeit des Terrains, d. h. des einzelnen Menschen, wird durch alle jene Momente herbeigeführt, welche die Widerstandsfähigkeit des Körpers herabsetzen. Gleich den meisten Lepraforschern der Jetztzeit bestreitet der Verfasser entschieden die Möglichkeit einer hereditären Übertragung der Lepra. Vererbt werden von leprösen Eltern auf ihre

Kinder nur „paralepröse", d. h. nicht spezifische, degenerative und dystrophische Affektionen. Die Lepra selbst ist eine rein kontagiöse Krankheit, die von Mensch zu Mensch übertragen wird. — Mit aller Entschiedenheit tritt Dom Sauton der gebräuchlichen Einteilung der Lepra in verschiedene Formen und Typen entgegen. Nach seiner Auffassung ist die Lepra gleich der Syphilis eine einheitliche Krankheit, deren Einzelheiten allerdings aufserordentlich polymorph sind, aber in ihrer Gesamtheit durch eine gewisse Regelmäfsigkeit und Konstanz des Verlaufs doch ein einheitliches charakteristisches Bild ergeben. Wie bei der Syphilis sind auch bei der Lepra vier Perioden zu unterscheiden: 1. die Inkubation, 2. die Infektion oder das Stadium der primären Erscheinungen, 3. das Stadium der sekundären, 4. das Stadium der tertiären Erscheinungen. Die Länge der Inkubationszeit läfst sich nicht genau bestimmen; wenn aber die Autoren angeben, dafs die Inkubation aufserordentlich lange, bis zu 40 Jahren, dauern kann, so ist das ein Irrtum. Der Hansensche Bacillus kann auf nicht empfänglichem Terrain, d. h. in einem nicht empfänglichen Menschen viele Jahre hindurch als unschädlicher und unthätiger Parasit leben („latenter Mikrobismus"); diese Zeit aber als Inkubationszeit zu bezeichnen, ist falsch. Erst wenn durch irgend welche Momente der bisher nicht empfängliche Mensch zu einem empfänglichen geworden ist, und die in ihm befindlichen Leprabacillen dadurch in den Stand gesetzt sind, thätig zu werden, sich zu vermehren und Toxine auszuscheiden, dann erst beginnt die Inkubation, um bis zum Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen zu dauern. Die Erscheinungen der Infektion oder die primären Symptome sind die von den Autoren gewöhnlich als Prodrome bezeichneten, bekannten Allgemeinerscheinungen. Die sekundären Erscheinungen sind aufserordentlich mannigfaltig; es gehören hierher die zahlreichen, in ihrem Aussehen so verschiedenen Formen von Leprafleckeu oder Lepriden, Infiltrationen und Lepraknoten oder Lepromen, die im wesentlichen alle eine einheitliche histologische Struktur besitzen und nur verschiedene Grade ein- und desselben anatomisch-pathologischen Vorganges, einer circumskripten, rings um die Gefäfse auftretenden zelligen Infiltration darstellen. Die sekundären Erscheinungen kommen aufser in der Haut und in den Schleimhäuten in fast allen Organen vor. Sensibilitätsstörungen fehlen schon in diesem Stadium der Krankheit fast niemals. Vor dem Auftreten der Hautlepriden stellen sich bereits Hautjucken, Ameisenkriechen und Stechen besonders in den Beinen ein, späterhin findet sich hauptsächlich im Bereiche der leprös veränderten Hautpartien mehr oder weniger starke Hyperästhesie, dann deutliche Dissociation der Sensibilität, zum Schlusse Anästhesie. Abhängig sind diese Sensibilitätsstörungen von peripheren, interstitiellen Neuritiden. Die Hautleprome können ulcerieren und unter Mitwirkung sekundärer Infektionen zu Nekrosen und Mutilationen führen (Lepra mutilans der Autoren). In allen Manifestationen des sekundären Leprastadiums finden sich Hansensche Bacillen in aufserordentlich grofser Zahl. Dagegen finden sich im tertiären Stadium Leprabacillen nur ganz vereinzelt; die Erscheinungen, die dieser Periode eigentümlich sind, scheinen reine Toxinwirkungen darzustellen. Die tertiären Symptome sind zum Teil Reizerscheinungen, nämlich Hyperästhesien, Neuralgien und Exantheme, zum anderen Teile Entartungserscheinungen, Dissociation und Sensibilität, Anästhesie, Paralysen, Atrophien, trophische Störungen. Auch die tertiären Exantheme, die manchmal erythematös, meist aber makulös oder bullös sind, können ulcerieren und unter Mitwirkung sekundärer Infektionen zu Nekrosen und Mutilationen führen. Die Sensibilitätsstörungen der tertiären Periode beschränken sich nicht auf den Bereich der leprös veränderten Hautstellen, sie treten vielmehr an den verschiedensten Körperregionen auf, auch da, wo Hautläsionen vollständig fehlen. Alle tertiären Symptome sind abhängig von Alterationen der nervösen Organe und zwar einerseits von Veränderungen peripherer Nerven (Perineuritiden,

interstitielle und parenchymatöse Neuritiden), andererseits von Läsionen der nervösen Centralorgane, die in der tertiären Periode viel häufiger sind, als gewöhnlich angenommen wird. — Das ist — in groben Umrissen natürlich — das typische Krankheitsbild der Lepra. Freilich weist dasselbe ebenso, wie das der Syphilis, in den verschiedenen Fällen unendlich zahlreiche Variationen auf; insbesondere können einzelne oder alle Symptome der sekundären oder der tertiären Periode ganz oder fast ganz fehlen. So kommen, und zwar aufserordentlich häufig, unvollständige Formen zu stande. Aus diesen Abortivformen aber verschiedene klinische Typen der Lepra zu machen, wie das bisher die Lepraforscher gethan haben, das ist nach Dom Sautons Anschauung absolut falsch; es mufs vielmehr daran festgehalten werden, dafs es nur eine einheitliche Form der Lepra giebt. Diese Auffassung und das Bestreben, ihre Richtigkeit zu beweisen, ist das Leitmotiv in einem grofsen Teile des Buches; in all den umfangreichen Kapiteln, welche die Bakteriologie, die pathologische Anatomie, die Pathogenese, Klinik und Symptomatologie behandeln, kommt der Verfasser immer wieder auf diesen Punkt zurück. — In einem eigenen, „die Lepra und die neuen Krankheiten" betitelten Kapitel werden die Beziehungen der Lepra zur Syringomyelie, Morvanschen Krankheit, Ainhum, Morphoea, Sklerodermie, Sklerodaktylie, Raynaudschen Krankheit und zur progressiven Muskelatrophie Aran-Duchennes erörtert. Dabei kommt Dom Sauton zu den gleichen Resultaten wie Zambaco Pascha, dafs es sich nämlich bei den genannten Affektionen nicht um selbständige, einheitliche Krankheitstypen, sondern nur um Symptomenkomplexe handelt, die stets von einer Grundkrankheit abhängig sind. Alle histologischen Veränderungen und alle Symptome, die sich bei jenen Affektionen fanden, kommen auch bei der Lepra vor. Überdies sind einige typische Fälle von Syringomyelie und Morvanscher Krankheit durch den Nachweis Hansenscher Bacillen in den veränderten Partien des Centralnervensystems direkt als lepröse Affektionen erkannt worden. — In dem Kapitel „Prophylaxe" warnt Dom Sauton vor übertriebener Leprophobie, wie sie namentlich die deutschen Forscher auf der Leprakonferenz zu Berlin gezeigt haben. Es genügt schon, die Gesetze der Reinlichkeit und der Hygiene genau zu befolgen, um die Ausbreitung der Lepra in Europa mit Sicherheit hintanzuhalten. Im Speziellen ist die Einwanderung Lepröser auch in leprös durchseuchten Ländern möglichst einzuschränken, damit keine neuen Herde entstehen. Allenthalben müssen die auf Lepra verdächtigen Personen von spezialistisch gebildeten Ärzten untersucht werden. Alle unbemittelten Kranken, soweit sie lepröse Affektionen der Luftwege oder Hautulcerationen aufweisen, sowie all die Kranken, die es selbst wünschen, sind in Leprosorien unterzubringen. Kranke, deren Affektionen eine Übertragung auf andere nicht befürchten lassen, sowie alle wohlhabenden Leprösen, die sich im eigenen Heim isolieren und behandeln lassen wollen und können, müssen unter ständiger ärztlicher Kontrolle bleiben. Sämtlichen Leprösen ohne Ausnahme wird die Ausübung all der Berufe verboten, die eine nähere Berührung und Beschäftigung mit den Lebensmitteln und Gebrauchsgegenständen anderer Menschen oder mit diesen selbst zur Voraussetzung haben; aufserdem ist ihnen der Eintritt in die öffentlichen Bäder, Hotels etc. untersagt. Kinder lepröser Eltern werden gleich nach der Geburt in Waisenhäusern untergebracht. Leprosorien müssen in allen bedeutenderen Lepraherden, wie auch in Ländern, in denen sich nur kleine Herde finden, errichtet werden; sie sollen ca. 2 km von bewohnten Gegenden entfernt sein und sollen durch ihre Einrichtung, ihren Komfort, gute Verpflegung etc. eine gewisse Anziehungskraft auf die Kranken ausüben. Dom Sauton selbst hat in den Vogesen, 4 km von Neufchâteau entfernt, ein Grundstück erworben, um dort ein Musterleprosorium zu errichten; leider ist die Ausführung dieses schönen und menschenfreundlichen Planes durch den unvernünftigen und unbegründeten Widerstand der

umgebenden Bevölkerung vereitelt worden. — Was die Therapie betrifft, so hat sich keine der bisher empfohlenen Behandlungsmethoden als thatsächlich wirksam erwiesen. Doch ist zu hoffen, dafs, nachdem in der letzten Zeit die Reinzüchtung der Leprabacillen gelungen ist, bald ein wirksames antileprōses Serum dargestellt werden wird. Zur Zeit sind, abgesehen von der symptomatischen Behandlung, am meisten zu empfehlen ein- bis zweimal wöchentlich wiederholte Injektionen von 10—40 g physiologischer Kochsalzlösung, aufserdem die ausgedehnte Anwendung der physikalischen Heilfaktoren, insbesondere des Lichtes bezw. der chemischen Strahlen, der elektrischen Ströme von hoher Frequenz und des Wassers, Faktoren, die einerseits bakterieid, andererseits anregend und kräftigend wirken.

Einer strengen Kritik hält Dom Sautons Buch nicht in allen Teilen stand: die Darstellung ist vielfach unklar, Zusammengehöriges wird des öfteren auseinandergerissen, Wiederholungen sind infolgedessen nicht selten, das Kapitel über die Histopathologie läfst manches zu wünschen übrig, die Litteraturangaben sind unvollständig. Andererseits sind die Abhandlungen über die Ätiologie, die Übertragbarkeit, die Prophylaxe und Therapie sehr beachtenswert und bedeutsam; dafs gerade in diesen praktisch wichtigen Punkten die Ansichten des Mannes, der zur Zeit wohl die gröfste persönliche Erfahrung bezüglich der Lepra besitzt, von gröfster Wichtigkeit sind, ist ohne weiteres klar. Auch die von dem Verfasser vertretene klinische Auffassung verdient volle Beachtung. In einem Punkte aber mufs dem Autor die höchste Anerkennung gezollt werden: er hat es sich zur Aufgabe gestellt, den Leprakranken zu helfen, soweit es möglich ist, und er hat, um dieser Aufgabe gerecht zu werden, Unendliches an Aufopferung und Selbstlosigkeit geleistet, er hat sich als ein Apostel der Menschenliebe erwiesen, dessen Thätigkeit sicherlich noch schöne Früchte für jene unglücklichen Geschöpfe zeitigen wird. *Götz-München.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Zur Ätiologie der Tabes dorsalis, von Prof. S. Pansini. (*Rivista critica di Clinica medica.* 1902. No. 1 u. 2.) Verfasser beschreibt zwei Fälle von Tabes, die sich zweifellos auf chronische Bleiintoxikation zurückführen liefsen, während jeder Anhaltspunkt zur Annahme einer vorangegangenen Lues fehlte. Er geht dann über zur Aufzählung der verschiedenen Theorien über die Ursache der Tabes und Dementia paralytica, welche Affektionen er für identisch hält, und glaubt, dafs die Syphilis zwar die prädominierende, aber nicht die ausschliefsliche Ursache der Tabes resp. der Dementia paralytica sei. Des weiteren ist dem Verfasser die Thatsache aufgefallen, dafs nach den Aussagen von Virchow und anderer Anatomen bei Leichen von Tabetikern und Paralytikern sozusagen niemals sichere Zeichen tertiärer Lues vorgefunden werden, woraus er den Schlufs zieht, dafs diejenigen Fälle von Syphilis, welche keine tertiären Symptome aufgewiesen haben, in Tabes übergehen können, dafs dagegen, wenige Ausnahmen abgerechnet, eine Syphilis, welche die tertiäre Phase durchgemacht hat, nicht bis zum Tabes gelangt. *C. Müller-Genf.*

Über einen abnormen Fall von Syringomyelie mit wahrscheinlich syphilitischer Ätiologie (Morvanscher Typus an den unteren Extremitäten), von L. Dekeyser-Brüssel. (*Journ. Méd. de Bruxelles.* 1901.) Es handelte sich um einen 45jährigen Witwer, welcher 3 Jahre vor der vorliegenden Erkrankung an einer diffusen, unzweifelhaften ulcero-papulösen Syphilis im Krankenhaus erfolgreich behandelt worden war. Er hatte 3 Monate vor seiner neuerlichen Aufnahme über schneidende Schmerzen an der linken grofsen Zehe zu klagen gehabt; es bildete sich eine furchenförmige Ulceration an dieser Stelle aus, und schliefslich fiel die ganze erste Phalanx dieser Zehe der Nekrose anheim, wie an einem Röntgenbilde dargelegt ist. Im weiteren Verlauf trat genau der gleiche Prozefs auch an der rechten Seite auf. Ferner war eine Thermoanästhesie der Füfse in einem der Ausdehnung der Stiefel entsprechenden Gebiete zu konstatieren, sowie Analgesie und taktile Anästhesie der Zehen. Unter Darreichung von Jodkalium gingen diese Erscheinungen von seiten des Nervensystems allmählich zurück, und Patient verliefs bei gutem Wohlbefinden das Hospital. Verfasser nimmt bei seiner Besprechung des Falles auf Lepra und Morvansche Krankheit Rücksicht und kommt zu dem Schlusse, dafs Syringomyelie anatomisch zweifellos von der Lepra zu trennen ist, dafs das klinische Bild der Syringomyelie durch verschiedene Krankheiten bedingt sein kann, und dafs wahrscheinlicherweise auch die Syphilis die Ursache für derartige Symptome abgeben kann. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

In der Académie de Médecine zu Paris (22. Okt. 1901. Nach *Journ. d. pratic.* 1901. No. 44) sprach Dieulafoy über einen **Fall von syphilitischem Gumma des Stirnlappens mit Anfällen von Jacksonscher Epilepsie.** Es handelte sich um einen 40jährigen Mann, bei dem 10 Jahre nach einer syphilitischen Infektion typische Anfälle von Jacksonscher Epilepsie auftraten; dieselben begannen am rechten Arm, um sich von da aus auf das rechte Bein und die rechte Seite des Gesichts auszubreiten. Bei der Sektion erwies sich auffallenderweise die motorische Sphäre der linksseitigen Hirnrinde, in der man den Krankheitsherd vermuten mufste, als vollständig intakt, dagegen fand sich an der Spitze des linken Hirnlappens ein Gumma. Der Fall beweist im Verein mit mehreren gleichartigen, früher beschriebenen Fällen, dafs Veränderungen des Stirnlappens die typischen Symptome der Jacksonschen Epilepsie hervorrufen können, wie wir sie als Folge von Läsionen der motorischen Sphäre der Hirnrinde kennen. *Götz-München.*

Eine eigentümliche Form von gekreuzter Lähmung bei einem Syphilitischen, von Raymond. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 1.) Bei einem 21jährigen Manne, der im Alter von 16 Jahren syphilitisch infiziert, aber niemals antiluetisch behandelt worden war, stellte sich, nachdem heftige Kopfschmerzen, wiederholtes Erbrechen und rasch vorübergehende Anfälle von Anopsie vorausgegangen waren, rechtsseitige Hemiparese, linksseitige totale Facialislähmung, Lähmung des linken Musculus rectus externus und der associierten Bewegungen des Rectus internus, Verengerung der linken Pupille und Paralyse des linksseitigen Musculus masseter ein; im Bereiche der motorischen Lähmung bestand überall Hypästhesie. Eine exakte Würdigung all' dieser Krankheitserscheinungen ergiebt, dafs es sich in diesem Falle um eine Veränderung im oberen Drittel der linken Seite des Pons und in der benachbarten Partie des linken Grofshirnschenkels handeln mufs, und zwar höchst wahrscheinlich um eine gummöse Erkrankung dieser Teile. *Götz-München.*

Zur Behandlung der Syphilis des Nervensystems, von Joseph Collins-New York. (*Phil. med. Journ.* 8. Febr. 1902.) Von den eigentlichen syphilitischen Krankheiten des Nervensystems sind bei der Behandlung streng zu trennen die

„Parasyphilitischen", wie Tabes, progressive Paralyse, parasyphilitische Kopfschmerzen und Neurasthenie. Diese werden durch antiluetische Kuren niemals günstig beeinflußt. Wohl können auch hier Hg und Jodkalium nützen, aber nicht in den Dosen der antiluetischen Therapie, sondern als Tonica und Alterantia gebraucht. Ausgenommen sind die Fälle, in denen parasyphilitische Affektionen bereits kurze Zeit, 4—8 Jahre, nach der Infektion auftraten, oder solche Fälle, die niemals vorher antisyphilitisch behandelt worden waren, ferner auch syphilitische Pseudotabes und Pseudoparalyse, d. h. atypische Symptome von Tabes und Paralyse, die nicht auf degenerativen, sondern auf exsudativen Prozessen beruhen. — Das Übergreifen einer Syphilis auf das Nervensystem verhütet am besten möglichst frühzeitiger Beginn der spezifischen Behandlung, nämlich sogleich, wenn Syphilis diagnostiziert ist. In der Dosierung des Hg und Jodkalium und der Dauer ihrer Anwendung ist streng zu individualisieren. Auch wenn die Symptome seitens des Nervensystems verschwunden sind, muß die Behandlung in gemilderter Form noch mehrere Monate fortgesetzt und während des ganzen Lebens alljährlich zwei Monate wiederholt werden. Wichtig ist daneben die Allgemeinbehandlung, ungefähr die gleiche wie bei depressiven Formen der Neurasthenie.

Max Levor-Hamburg.

Der gegenwärtige Stand der Syphilis-Therapie, von Viktor Klingmüller-Breslau. (*Klin. Monatsbl. f. Augenhlkde.* 1900.) Der Verfasser behandelt das Thema in drei Abschnitten:

1. Wann beginnen wir mit der Behandlung der Syphilis?
2. Wie lange und wie oft behandeln wir?
3. Welche Kur ist die beste?

Ad 1 schlägt er vor sofort zu behandeln, sobald die Diagnose sichergestellt ist. Ad 2 ist er ein Anhänger der chronisch intermittierenden Behandlung, in den ersten vier Jahren 7—8 Kuren, deren Intensität sich nach dem Verlauf der Syphilis und dem Allgemeinbefinden des Kranken richtet. Ad 3 zieht Verfasser, wenn irgend möglich, die Einreibungskur vor, sonst die Injektionen. Im Anschluß daran wird die Idiosynkrasie gegen Quecksilber besprochen, die am meisten bei Alkoholikern und anämischen Individuen vorkommen. Nach kurzer Berührung der Stomatitis werden die einzelnen Kuren eingehend besprochen, und dann ein weiterer Teil der Jodbehandlung gewidmet (Jodkalium, Jodipin, Jodnatrium). Zum Schlusse folgen kurze Bemerkungen über den diagnostischen Wert einer spezifischen Therapie.

Bernhard Schulze-Kiel.

Behandeln wir Syphilis zweckentsprechend, indem wir den Patienten im Primärstadium schonen? von Charles O'Donovan-Baltimore. (*St. Louis Courier.* Sept. 1901.) D. führt aus, daß die Späterscheinungen der Syphilis, besonders von Seite des Centralnervensystems, jetzt weit häufiger seien als in früherer Zeit, wo die Behandlung viel intensiver ausgedehnt wurde. Nachdem die Erfahrung gelehrt hat, daß Quecksilber das spezifische Mittel gegen Syphilis ist, so muß dasselbe auch ausgiebig, der Idiosynkrasie des Patienten entsprechend, gebraucht werden; es soll bis zur physiologischen Grenze getrieben werden, mag auch leichter Speichelfluß eintreten, und nach einer kurzen Pause soll der Organismus des Kranken wieder verschiedene Wochen mit der vollen Dosis gesättigt werden, indem allwöchentlich die Dosis verringert wird und man während der übrigen Zeit des ersten Jahres gelegentlich wieder zu mittelhohen Dosen des Mittels greift. Nach dem ersten Jahre sollen Hg und Jod zusammen gegeben werden, und zwar immer einen Monat hindurch und dann zwei Monate Pause, während welcher Eisen, Arsen oder irgend ein anderes Toxikum, je nach dem Falle, zu verordnen ist. Während des dritten Jahres soll derselbe Prozeß einen Monat lang in je einem halben Jahre wiederholt werden, wonach begründete Aussicht

auf eine vollendete Kur vorhanden ist. O'Donovan ist überzeugt, dafs bei strenger Durchführung dieser Grundsätze, d. h. von Beginn an möglichst ausgiebige Merkurialisierung, der Syphilitiker viel weniger Gefahr läuft, dereinst in einer Irrenanstalt sein Leben zu enden. *Stern-München.*

Die Behandlung der Syphilis mit besonderer Berücksichtigung der besten Methode der Quecksilberdarreichung, von W. Ayres-New York. (*Lancet.* 19. Okt. 1901.) Nebst einer ziemlich ausführlichen Schilderung der sonst üblichen Anwendung des Hg berichtet A. über seine Erfolge mit Mercurol, das er sowohl bei poliklinischen wie bei Privatpatienten seit acht Monaten mit gutem Erfolge angewendet hat. Das Mittel wird nur in Form von Pillen oder Tabletten gegeben; die Dosis schwankt von 0,06 bis 0,36 ter die, doch ist die gewöhnliche Gabe 0,12 bis 0,18 dreimal täglich. Bei 67 von 95 Patienten wurde nichts anderes als Mercurol gegeben, während bei anderen daneben Jodkalium und Eisenpräparate gereicht wurden. Bei der verhältnismäfsig kurzen Dauer der Beobachtung ist über das Auftreten von Rezidiven kein bestimmter Schlufs zu ziehen, doch erscheint nach A.s Schilderung das Mittel wenigstens der weiteren Prüfung wert. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Verschiedenes.

Zur Anwendung der plastischen Rekonstruktionsmethode in der pathologischen Anatomie, von Walther Petersen-Heidelberg. (*Centralbl. f. allgem. Pathol. etc.* 1902. Bd. XIII. No. 4.) Kurze Mitteilung über einige Erfahrungen, die der Verfasser bezüglich der speziellen Technik bei der nach dem Plattenmodellierverfahren Borns ausgeführten plastischen Rekonstruktion von Carcinomen machte. *Göts-München.*

Die Mücken von Paris, von Raphael Blanchard. (*Arch. de parasitol.* 1901. No. 4.) Aus der Arbeit sei das dermatologische Moment hervorgehoben. Von Mückenplage kann man in Paris nur insofern sprechen, als sie — in der alleinigen Form von Culex pipiens — zu bestimmten Jahreszeiten und an bestimmten Gegenden sich vorfinden. Hauptsächlich gefährlich für die Vermehrung dieser Insekten sind alle stagnierenden Wässer. Hat man doch in einer einfachen Wassertonne einmal 17259, das zweite Mal 19110 Eier und Larven vorgefunden. Wenn man bedenkt, dafs sich die Tiere in günstigen Saisons bis zu acht Generationen vermehren, so erhellt, dafs manche Übertragung von Krankheitskeimen durch das Heer der Insekten möglich ist. Von Bedeutung ist die Übertragung der Filaria hominis durch die Mücken in den Tropen, aber auch die jetzt wieder im Vordergrunde des Interesses stehende Lepra ist durch sie übertragbar. Dafür spricht das häufigere Vorkommen der Krankheit in Gegenden mit Mücken, in den Tropen, in Küstenstrichen. Möglicherweise erklären sich auch so jene Fälle von Leprainfektion in der Nähe von Leprosorien bei Individuen, die niemals ein solches Asyl besucht haben. *Hopf-Dresden.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXXIV. No. 12. 15. Juni 1902.

(Mitteilungen aus der öffentlichen Ordinationsanstalt für venerische Krankheiten „Teleia“ in Budapest.)

Beiträge zur Frage der Wirkung der Jodalkalien und des Jodipins bei Syphilis.

Von

Dr. Josef Sellei,
ordinierender Arzt.

Das Resultat der Versuche von Richet-Toulouse und R. Bálint, demzufolge man den Organismus für Brom empfänglich machen kann, indem man an Stelle des den Nahrungsmitteln entzogenen Chlors dem Organismus Brom zuführt, brachte mich auf den Gedanken, dieses Verfahren mit einem anderen zur Halogengruppe gehörenden Elemente, dem Jod, zu erproben.[1]

Mit diesen Versuchen hoffte ich auch darüber Aufklärung zu erhalten, ob bei der Entziehung des Chlors nicht zugleich die unter der Bezeichnung Jodismus zusammengefafsten Erscheinungen vermieden werden könnten. Diese Frage interessierte mich um so mehr, da doch — wie dies übrigens bekannt ist — bei einem innerlichen Gebrauch der Jodalkalien bei den meisten der Kranken mehr oder minder unangenehme Symptome auftreten und es bis jetzt nicht gelungen ist, diese Nebenwirkungen auch nur bei einem einzigen der bisher empfohlenen Mittel und Verfahren, wie z. B. Sulfanilsäure, Natr. sulfur., Natr. bicarbon., Extr. Belladonnae oder bei Verwendung der Jodalkalien in Milch abzuwenden. Diese Frage ist übrigens nicht blofs für den sich mit Syphilis beschäftigenden Spezialisten, sondern auch für die Behandlung von inneren Krankheiten von Wichtigkeit, da man auch bei diesen oftmals in die Lage kommt, dem an Asthma, Emphysem, Endocarditis u. s. w. leidenden Patienten Jodalkalien zu verordnen, und daher die Vermeidung des häufig auftretenden sehr starken Jodismus wünschenswert erscheint.

[1] S. näheres, Sellei: „Wirkung der Jodalkalien bei chlorfreier Diät.“ *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1902. Bd. 34, S. 240.

Bei meinen Untersuchungen bin ich zur Überzeugung gelangt, dafs trotz der chlorfreien Diät[1] der Jodismus unvermeidlich ist, d. h. man kann den Chlorbedarf des Organismus nicht ohne Vermeidung der damit verbundenen unangenehmen Nebenerscheinungen ersetzen. Gelegentlich meiner Versuche tauchte noch eine andere Frage auf, ob nämlich die bei chlorfreier Diät verordneten Jodpräparate kräftiger wirken, d. h. ob wir mit der chlorfreien Diät den Organismus für das Jod empfindlicher machen? Auf Grund der von uns mit den Jodalkalien gemachten Erfahrungen, die uns lehrten, dafs das Jod nur kurze Zeit im Organismus verbleibt und so dessen Wirkung auf syphilitische Produkte auch nur kurze Zeit dauert, wenn wir nicht — was bisher nicht wahrscheinlich erschien — eine gewisse cumulative Eigenschaft der Jodalkalien annehmen, kam ich auf den Gedanken, meine diesbezüglichen Versuche mit einem Jodpräparate anzustellen, von dem die Autoren bisher fast übereinstimmend der Meinung waren, dafs es im Organismus lange wirksam bleibt, nämlich dem Jodipin.

Bevor ich über meine Untersuchungen Bericht erstatte, will ich in einigen Worten auf jenen Widerspruch eingehen, welcher zwischen der in der Theorie supponierten und in der Praxis thatsächlich beobachteten Wirkung des Jodipins besteht.

Die Entdeckung des Jodipins — die bekanntlich auf Winternitz zurückgeht — wurde einerseits dadurch veranlafst, dafs man das Jod mit einem solchen organischen Stoffe binden wollte, von dem sich das Jod nur schwer abspaltet; und man wollte dies hauptsächlich deshalb, weil man die nach den Jodalkalien auftretenden Vergiftungserscheinungen dem freigewordenen Jod zuschrieb und auch jetzt noch zuschreibt. Andererseits kommt infolge der raschen Ausscheidung des Jods nur wenig Jod auf den locus morbi; dies veranlafste mehrere zur Herstellung von Präparaten, aus denen das Jod nur schwer ausgeschieden wird, d. h. welche im Organismus gebunden bleiben. Winternitz[2] hat ferner nachgewiesen, dafs die Jodfette sich im Organismus überall dort ansetzen, wo sich Fett befindet. So entstand das mit Albumin gebundene Jodpräparat, das Jodalbacid, und das mit Fett gebundene bezw. mit Öl kombinierte Jodpräparat, das Jodipin. Da man bei dem letzteren dessen dauerhafteren Zusammenhalt, ferner weil angeblich bei demselben die Ausscheidung des Jods schwer ist, und man aufserdem das Auftreten des Jodismus nur ausnahmsweise und in geringem Mafse beobachtete, dehnte ich meine Experimente hauptsächlich auf dieses Mittel aus. Wenn man unter den Jodalkalien z. B. Jodkalium innerlich verordnet,

[1] *Magyar Orvosok Lapja.* Dezember 1901; deutsch: *Monatsh. f. prakt. Derm.* März 1902

[2] *Dtsch. med. Wochenschr.* 1897.

wird auf die bloſse Einwirkung der Magensäure das Jod leicht frei und läſst sich im Speichel, im Urin u. s. w. leicht nachweisen. Es kann durchaus nicht geleugnet werden, daſs dieses frei gewordene Jod die eigentliche Heilwirkung ausübt (NOBL, WELANDER).

Die Heilkraft des Jodipins beruht selbstverständlich gleichfalls auf dem Jod. Diese heilende Wirkung kann es natürlich nur dann entfalten, wenn das Jod sich wirklich loslösen kann. Bei dem innerlich verwendeten Jodipin wird das Jod ebenso leicht ausgeschieden wie bei Jodkalium, das Jodfett setzt sich dann nicht dort an, wo sonst Fettgewebe sich befinden; es ist also klar, daſs die theoretisch vorausgesetzte erschwerte Ausscheidung des Jods bei innerlicher Verwendung des Jodipins sich in praxi nicht verwirklicht.

Es entspricht also dem doppelten Zwecke, daſs 1. das mit dem Jodipin zugeführte Jod seine Wirkung langsam, aber andauernd ausübe, daſs 2. der Jodismus gänzlich vermieden werde, bei innerlicher Verwendung nicht. Bei subcutanem Gebrauch ist jedoch, wie wir sehen werden, die Ausscheidung des Jods minimal. Schlieſslich müssen wir auch, wenn wirklich bloſs das Jod die Heilwirkung ausübt, daran denken, wie dieselbe eintreten soll, wenn sich das Jod aus seiner Verbindung, wie man in der Theorie voraussetzte, nur schwer loslöst.

Alle diese Fragen beschäftigten mich, als ich meine Versuche anstellte.

Die erste Frage, mit der ich mich zu beschäftigen hatte, war also die, ob man ein an Lues leidendes Individuum für das Jod empfänglicher macht, wenn man dasselbe bei chlorfreier Diät a) mit Jodkalium, b) mit Jodipin behandelt. Das Resultat dieser Untersuchungen können wir in folgendem zusammenfassen: Bei mit Jodkalium behandelten an recenter oder veralteter Lues leidenden Patienten konnte ich trotz der chlorfreien Diät kein schnelleres Verschwinden der Luesprodukte konstatieren. In der ersten Serie meiner Untersuchungen (mitgeteilt im *Magyar Orvosok Lapja* 1901) hatte ich unter 28 Fällen 10 Fälle von recenter Syphilis. Meine veralteten Fälle waren: 1 Fall von tertiären Papeln, 2 Fälle von gummösen Syphiliden. Bei mit Jodipin behandelten an recenter oder veralteter Lues leidenden Patienten verschwanden — bei chlorfreier Diät — die Luessymptome nicht rascher als gewöhnlich.

Zur Beleuchtung dieser Sätze will ich folgende Fälle erwähnen.

1. L. S., 26 J., Schmied, acquirierte im Jahre 1901 Lues, gegen die er jedoch bisher nichts gethan hatte. An der Haut des Penis circinär nebeneinander, stellenweise alleinstehende, stellenweise ineinandergeflossene Papeln; eine solche guirlandenartige Plaque nahe dem Rande des Prae-

putium und ähnliche kreisförmig angeordnete Papeln zerstreut am Rumpfe. Polyadenitis. Ich verordnete dem Patienten chlorfreie Diät und spritzte ihm am dritten Tage derselben (9. I.) unter der Rückenhaut 10 ccm 25%igen Jodipins ein. Am 12. I. war noch kein Jodismus aufgetreten. Zwei Injektionen. Am 17. I. und am 19. I. neuerdings je eine Injektion von 10 ccm Jodipin. Die Papeln sind so wie zu Beginn der Behandlung. Wir gehen zu chlorhaltiger Kost über. Am 21. I., am 7. II. neunte Jodipininjektion (10%).

Die Injektionen bleiben ohne Wirkung auf die syphilitischen Erscheinungen, am 11. II. sind dieselben trotz der 10 Jodipininjektion nicht besser geworden, zwei Wochen später Status idem, darum gingen wir zu Quecksilberinjektionen über.

Dieser Fall beweist aber, dafs es uns mit Jodipin trotz der chlorfreien Diät nicht gelang, den Organismus für das Jod empfindlicher zu machen. Er zeigte ferner deutlich, dafs das Jod auf recente (in diesem Falle war die Syphilis seit 6 Monaten vorhanden) syphilitische Produkte beinahe gar nicht wirkt; ebenso wirkungslos war das Verfahren und das Mittel in einem aufsergewöhnlich schweren Falle.

2. J. W., 21 J., Maschinenfabrikschlosser, hatte vor einem Jahre Schanker acquiriert, zu dem sich maculo-papulöse Syphilide gesellten. Er machte 50 Einreibungen zu 3 g Quecksilber durch. Seit einigen Wochen an der rechten Zehe Onychia und Paronychia luetica. Dagegen bekam er neuerdings 30 Einreibungen und mehrere Flaschen Jodkalium. Am 19. I. begannen wir die Jodipininjektionen mit gemischter Diät. Nach zehn Injektionen hatte sich sein Zustand nicht besonders gebessert. Nach Kräftigungsmitteln, wobei wir jederlei antiluetisches Mittel vermieden, verordneten wir Pflanzendecocte.

Die Vermutung, dafs die chlorfreie Diät den Organismus für Brom empfindlicher macht, hat keine Geltung für das Jod, aber wir konnten uns auch nicht von der Richtigkeit der Annahme, dafs der Jodismus vermieden werden könnte, weder beim Jodipin noch beim Jodkalium überzeugen.

Bei diesen Versuchen war auch zu bedenken, dafs, wenn wir bei Entziehung des Chlors den Chlorbedarf des Organismus mit Jod ersetzen, der Jodismus eigentlich stärker auftreten müsse. Diese Erfahrung habe ich nicht gemacht. Dafs jedoch nach Jodipin trotzdem Symptome von Jodismus auftraten, beweist folgender Fall:

3. J. K., 25 J., Architekt. Nach Jodkalium hatte er keinen Jodismus. Am 5. III. 1/25 Uhr nachm. erste Jodipininjektion (25%, 10 ccm). Am 6. III. 1/25 Uhr nachm. können im Harn und im Speichel Spuren von Jod nachgewiesen werden. Am 7. III. wenig Jod im Urin, neuerdings innerlich einen Kaffeelöffel 25%iges Jodipin. Am nächsten Tage

zeigt sich Kopfschmerz, Fieber, weshalb er sich niederlegte. Am 11. III. ist im Harn kein Jod zu finden, er bekommt neuerdings einen Kaffeelöffel Jodipin. Am 12. III. Schnupfen, Kratzen in der Kehle, im Gesicht und an der behaarten Kopfhaut sowie am Rumpfe stellenweise Jodakne. Schmerzen in der Gegend und längs des N. trigemin., im Urin viel Jod (er ist dunkelblau); wir setzen mit dem Jodipin aus. Am 14. III. Spuren von Jod im Harn, geringer Schnupfen, der Halzschmerz hat aufgehört. Am 17. III. Jod im Urin. In diesem Falle verursachte das Jodipin subcutan appliziert, keinen Jodismus, aber innerlich verordnet hatte der erste Eßlöffel Jodipin starken Jodismus zur Folge.

Die Symptome des Jodismus traten nicht bloß an der Schleimhaut (Nase und Kehle), sondern auch an der Haut auf. Nach dem Aussetzen mit dem Jodipin hörte der Jodismus nach zwei Tagen auf; als ich dem Patienten jedoch neuerdings einen Löffel Jodipin gegeben hatte, zeigten sich die Vergiftungserscheinungen des Jods wieder. Der Jodismus nach Jodipin ist aber in den meisten Fällen keineswegs so hochgradig, wie wir dies nach den Jodalkalien gesehen haben.

Schwacher Schnupfen, Kratzen in der Kehle, trat unter 25 mit Jodipin behandelten Fällen sechsmal auf. Ich hatte auch Gelegenheit, dasselbe in zwei Fällen bei Individuen anzuwenden, die gegen Jodkalium eine ausgesprochene Idiosynkrasie zeigten, während sie das Jodipin, abgesehen von unbedeutenden Unannehmlichkeiten, recht gut vertrugen.

4. G. O., 25 J. Onychia et paronychia luetica. Der Patient hatte das Jodkalium immer nur schlecht vertragen (Idiosynkrasie). Am 7. III. bekommt er Jodipin innerlich. Am 10. III. war kein Jodismus aufgetreten, in Urin und Speichel viel Jod. 12. III. seit zwei Tagen Kopfschmerz, etwas Schnupfen (geringer Jodismus), im Urin viel Jod (bläulichschwarz), er setzt mit dem Jodipin aus. Am 14. III. Spuren von Jod, ich verordne Umschläge mit Jodipin auf die paronychischen Stellen. Am 21. III. hatte sich die entzündungsartige Geschwulst bedeutend zurückgebildet, der Kranke gebraucht seit drei Tagen keine Umschläge, im Harn wenig Jod.

5. L. M., 30 J., Beamter, zeigt Idiosynkrasie gegen Jodkalium. 26. II. eine Jodipininjektion (25%) von 10 ccm um 5 Uhr nachm. 27. II. 5 Uhr nachm. in Harn und Speichel kein Jod nachzuweisen; er bekommt neuerdings 10 ccm Jodipin. Am 28. II. um 5 Uhr nachm. finden wir in Urin und Speichel kein Jod, wieder 10 ccm 25%iges Jodipin, um 3 Uhr morgens kein Jod im Urin. Am 1. III. um 5 Uhr nachm. wieder kein Jod im Harn, wir setzen mit den Jodipininjektionen aus. Am 3. III. um 5 Uhr nachm. Spuren von Jod (!), er bekommt

einen Eßlöffel 25%iges Jodipin innerlich. Am 4. III. in Harn und Speichel viel Jod, schwache Angina, Brechreiz, unbedeutender Schnupfen. Am 5. III. Jod im Urin. Nach vier Tagen und nach sieben Tagen erhält er neuerdings einen Löffel 25%iges Jodipin. Am 17. III. im Urin ziemlich viel Jod, Jodismus ist nicht vorhanden.

Hier lag in beiden Fällen entschieden Idiosynkrasie gegen Jodkalium vor, während dieselben Patienten das Jodipin, abgesehen von unbedeutenden Beschwerden, gut vertrugen. Ich versuchte Jodipin bei chlorfreier Diät zu verordnen, dann ging ich zu gemischter Kost über und gab Jodkalium und beobachtete den nach Jodipin und Jodkalium entstehenden Jodismus.

6. A. B., 27 J., Beamter, hatte im Jahre 1900 Syphilis acquiriert. Er bekommt 50 Einreibungen und 24 Jodkaliuminjektionen. Salzfreie Diät. 11. I. Jodipin. 12. I. keine Spur von Jodismus, er bekommt neuerdings 10 ccm Jodipin. 13. I., 14. I. 10 ccm Jodipin, kein Jodismus. Nach Beendigung der chlorfreien Diät geht er zu gemischter Kost über, am 15. I., 16. I., 17. I., 18. I., 19. I. 10 ccm Jodipin, noch am 2. IV., 8. IV., 16. IV. kann Jod im Urin nachgewiesen werden.

7. J. S., 26 J., Schlosser, hatte vor sechs Jahren Syphilis acquiriert. Vor sechs Monaten kam er in meine Ordination und bekam Einreibungen und Jodkalium. Am 12. I. bei chlorfreier Diät die erste Jodipininjektion, dann neun weitere Injektionen (10%). Jodismus trat nicht auf.

8. M. S., 21 J., Friseur. Im Jahre 1898 Sklerosis und sekundäre Erscheinungen; er war mehrmals mit Quecksilber und Jodkalium behandelt worden. Das Jodkalium vertrug er immer schlecht. 8. I. Jodipin, am 9. I. kein Jodismus, er bekommt neuerdings 5 ccm Jodipin. 10. I. 10 ccm Jodipin, desgleichen am 11. I., 12. I., am 12. I. beendet er die chlorfreie Diät. Bisher war kein Jodismus aufgetreten. Am 13. I. geht er zu gemischter Kost über. 5 ccm Jodipin. 14. I., 15. I., 17. I., 18. I., 19. I. 10 ccm Jodipin. Hier trat bei Verwendung von Jodipin mit chlorfreier, später gemischter Diät Jodismus nicht auf.

9. M. V., 28 J., Maschinenschlosser, acquirierte im Jahre 1897 Syphilis. Er wurde mehrmals mit Quecksilber behandelt und nahm auch Jodkalium, das er jedoch nicht vertrug. Am 17. XII. verordnete ich ihm chlorfreie Diät, die er am 18. XII. begann. Am 20. XII. erste Jodipininjektion, am 21. XII., 22. XII. neuerliche Injektionen. Am 23. XII. zeigt sich schwacher Schnupfen, Halsschmerz; am 29. XII. chlorfreie Diät und Jodkalium. Das Jodkalium verursachte einen schwachen Schnupfen, Kratzen am Gaumen. Am 3. I. 1901 bekommt er noch eine Flasche Jodkalium bei salziger Kost; starker Schnupfen (Jodismus).

Hier könnte man vorbringen, daß nach dem Aussetzen mit dem Jodipin der Organismus sozusagen mit Jod gesättigt war, und daß daher

der Kranke das Jodkalium nur mehr schlecht vertrug. Nun zeigt jedoch die Erfahrung im Gegenteil, dafs man jeden — ausgenommen bei entschiedener Idiosynkrasie — an Jod gewöhnen kann. Individuen, die bei den ersten Efslöffeln das Jodkalium schlecht vertragen, vertragen eventuell die folgende Jodquantität schon leicht. Was die wiederholt hervorgehobene Eigenschaft des Jodipins betrifft, dafs es das Jod im Organismus lange zurückhält, so konnte ich hierüber genaue Untersuchungen anstellen. Bevor ich jedoch auf diese übergehe, mufs ich betonen, dafs — im Frühstadium der Syphilis — das Jod, in welcher Form immer man es verordne, auf das im Organismus zirkulierende Virus oder dessen Toxine (denn diesem Umstand würden mehrere mehrere Autoren die gute Wirkung des Jods zuschreiben, ja sie glauben auch annehmen zu dürfen, dafs diesem eine wichtige Rolle in dem Frühstadium der Syphilis beizulegen ist) keine derartige Wirkung ausübt, welche die syphilitischen Erscheinungen in ihrer Entwickelung behinderte. Diese Erfahrungen liefern auch Daten für den längst bekannten Satz, dafs das Heilmittel der frischen Syphilis das Quecksilber ist.

10. J. K., 27 J., Soldat. Vor 1½ Jahren nach Sklerose allgemeine Symptome. Er machte mehrfach Quecksilberschmierkuren durch und hatte 20 Sublimatinjektionen bekommen (2%). Bei gemischter Diät erhält er Jodipininjektionen am 7. I., 9. I., 11. I., 12. I. — 28. I. Er klagt über Kopfschmerzen. Er bekommt Jodkalium. 31. I. Der Kopfschmerz dauert fort, es zeigen sich anhaltend migräneartige Schmerzen. Nach 3 Wochen kommt er neuerdings in die Anstalt, und wir konstatieren papulöse Syphilide, eine frische Eruption.

In diesem Falle haben wir einem seit 1½ Jahren an Lues leidenden Individuum Jodipin, später Jodkalium verordnet. Gegen Ende der Kur traten bei schwachem Fieber migräneartige Kopfschmerzen auf, wir setzten mit dem Jodipin und Jodkalium aus in der Meinung, dafs die Erscheinungen von dem angewendeten Mittel (dem Jod) herrühren. Doch die Kopfschmerzen dauerten fort, weshalb wir denselben gröfsere Bedeutung beilegten und den Patienten auf die Klinik für Nervenkranke schickten, wo man die Kopfschmerzen gleichfalls für migräneartig erklärte und ihm Brom verordnete. Die Kopfschmerzen bestanden indes trotzdem ununterbrochen fort und schienen nur auf in starken Dosen genommenes Antipyrin nachzulassen. Schon wollten wir die gute Wirkung diesem Mittel zuschreiben, als wir bei einer nochmals eingehenden Untersuchung des Kranken an der Kopfhaut, zerstreut an den Extremitäten, desgleichen am Scrotum Papeln konstatierten, und so wurde es offenbar, dafs die Temperaturzunahme, der Kopfschmerz, mit dieser Eruption eng zusammenhingen, ja es ist wahrscheinlich, dafs auch der Kopfschmerz luetischen

Ursprungs war. Hier war also das angehäufte, ja im Organismus lange remanente Jod nicht im stande, die Entwickelung der syphilitischen Erscheinungen zu verhindern.

11. M. Sz., 31 J., Drechsler, acquirierte im November 1901 Sklerose, nach welcher allgemeine Symptome auftraten, gegen die er 15 Hg-Injektionen bekam. Nach Beendigung derselben nahm er 4 Wochen Jodkalium. Am 25. II. 1902 morgens und mittags 1 Eßlöffel Jodkalium, abends 8 Uhr im Mundspeichel, im Urin viel Jod. Seit dem 25. II. bekommt er kein Jodkalium, am 28. II. ist weder im Speichel noch im Harn Jod nachzuweisen. 28. II. ½8 Uhr abends 25% Jodipin. 4. III. Joduntersuchung negativ. Am 7. III. nach Gebrauch von Jodipin starker Schnupfen. Jodspuren im Urin, im Speichel ist es nicht nachweisbar, am Oberkörper und an den Extremitäten treten luetische Papeln auf, welche trotz des Gebrauchs von Jodipin nicht vergehen. Ein Eßlöffel Jodipin. 11. III. Im Urin kein Jod, neuerdings 10% Jodipin innerlich. 14. III. Kein Jod zu finden, der Patient bekommt wieder einen Eßlöffel Jodipin, dasselbe am 16. III.

Ich habe vergleichende Untersuchungen auch darüber angestellt, wann das Jod nach Jodkalium und wann es nach Jodipin absorbiert wird, bezw. wann sich das Jod von dem betreffenden Mittel loslöst. Ich habe auch Versuche gemacht, bei welchem der beiden Mittel das Jod im Organismus länger remanent bleibt. Für die Nachweisung des Jods, d. h. für die Ausscheidung des Jods ist, abgesehen von jenem Nachweise, den wir durch die Feststellung des im Blute umlaufenden Jods erlangen (solche Untersuchungen hat für das Jod zuerst erschöpfend Blomquist[4] angestellt), die im Urin auftretende Jodmenge maßgebend, und darum müssen wir untersuchen, wann und wie lange im Urin Jod vorkommt. Allerdings hat Blomquist, der mit Welander Untersuchungen anstellte, auch im Blute solcher Individuen Jod wenigstens in Spuren nachweisen können, in deren Urin es nicht mehr nachgewiesen werden konnte. Wir müssen ebenso auf die Qualität des Urins Rücksicht nehmen, insofern als der eine oder andere überflüssige Bestandteil den Jodnachweis verändern kann; Justus empfahl für die Feststellung des Jodgehalts das Thallium. Für meine Untersuchungen verwendete ich die alten erprobten Methoden, und so nahm ich aus dem Urin ungefähr 5—6 g, wozu ich einige Tropfen flüssige Stärkelösung, flüssigen Kleister (Stärkekleister) that. Nachdem ich den Urin geschüttelt hatte, goß ich einige Tropfen Acid. nitricum fumans in das Gemenge. Wenn Jod vorhanden ist, wird der Urin sofort veilchenblau, die Farbe wechselt aber auch ganz bis ins Dunkelblaue, je nachdem in welchem Prozentsatze das Jod auftritt. So fand ich, daß

[4] Blomquist, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1901.

nach Jodipininjektionen ungefähr 65 Minuten später Jod im Urin nachzuweisen war. In vielen Fällen gelang dies jedoch nur am zweiten, dritten Tag. Manchmal (s. unten) noch später. Von meinen Fällen und Untersuchungen, die gröfstenteils mit dem Ergebnis ähnlicher Untersuchungen von WELANDER[5] übereinstimmen, will ich hier folgendes erwähnen:

12. J. D., 24 J., Kupfergiefser, seit einem Jahre Syphilis, 16 Quecksilberinjektionen, 30 Einreibungen. 3×5 g Jodkalium, davon geringer Jodismus. Jodipin bei chlorfreier Diät 5 Inj. Am 7. II., 11. II., 14. II. Jodipin, keinerlei Jodismus. Am 25. II. bekommt er 25% Jodipin, 10 ccm. Am 25. II. abends 7 Uhr kann im Speichel kein Jod nachgewiesen werden, im Urin Spuren von Jod. Gleichfalls am 25. II. 7 Uhr 30 Min. abends 10 ccm 25%iges Jodipin, um 7 Uhr 40 Min. ist im Speichel noch kein Jod vorhanden, um 8 Uhr im Urin Jod noch nicht nachweisbar, um 8 Uhr 25 Min. im Urin schwache Spuren, im Mundspeichel etwas deutlicher. Am 26. II. um 7 Uhr morgens im Harne Jod. Am 26., 27., 28. bekommt der Kranke kein Jodipin. Am 28. um 7 Uhr abends läfst sich im Urin kein Jod nachweisen, er bekommt wieder am 28. II. abends 10 ccm Jodipin. Am 2. III. 12 Uhr mittags ist im Urin kein Jod vorhanden. 7. III., 8. III. kein Jod, ebenso am 16. III. bei der Untersuchung.

13. B. K., 26 J., Schmied. 1899 Ulcus durum, Roseola, 15 Hg-Injektionen, 65 Einreibungen; erschien in meiner Ordination am 21. II. 1901. An den Extremitäten, am Oberkörper zerstreut rupioidförmige Plaques. 21. II. erste Jodipininjektion (25%, 10 ccm), 23. II. zweite Jodipininjektion, abends 8 Uhr im Mundspeichel Jod = 0, im Urin Jodspuren, 25. II. dritte Jodipininjektion, abends $8^3/_4$ Uhr im Mundspeichel in geringen Spuren, der Urin giebt eine stärkere Jodprobe.

Beinahe ganz dieselben Verhältnisse fand ich auch bei Jodkalium. In den meisten Fällen jedoch trat, wenn ich das Jodipin subcutan verwendete, Jod im Urin nur nach 24 Stunden, in anderen Fällen erst nach 3—4 Tagen bei regelmäfsig täglichen Jodipineinspritzungen auf. So gestalteten sich die Verhältnisse in einem Falle folgendermafsen.

14. L. M. bekam am 26. Februar eine 25%ige Jodipininjektion subcutan (10 ccm). Am 27. um 5 Uhr nachmittags konnte weder im Urin noch im Speichel Jod nachgewiesen werden. Dies dauerte bis zum 3. März, worauf ich noch immer im Urin kein Jod nachweisen konnte. Dann setzte ich mit den Jodipininjektionen aus und verordnete dasselbe per os, worauf am nächsten Tage im Urin und im Speichel aufserordentlich viel Jod nachweisbar war. Zugleich zeigt sich bei dem Betreffenden unbedeutende Halsentzündung, Brechreiz und Speichelflufs. Am 5. und 7. März

[5] WELANDER, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1901.

bekommt er wieder einen Eßlöffel Jodipin, dann stellen wir die Verwendung des Jodipins ein, und nach 4 Tagen können wir noch immer viel Jod nachweisen, und ein ähnlicher Befund zeigte sich noch am 17. März, also 10 Tage später. Eine ähnliche sehr interessante Beobachtung machte ich bei einem anderen meiner Kranken.

15. J. R., 25 J., Techniker, seit einem Jahre Lues, salzlose Diät, 17. II., 18. II. Jodipin 25%. 19. II. kein Jodismus. 20. II., 21. II. beendet er die salzlose Diät. 22. II. bei gemischter Kost 10 ccm Jodipin. 23. II. kein Jodismus. 24. II. letzte (8.) Injektion. 25. II. Jodprobe. Zu 10 g Urin 2—3 Tropfen Stärke + ac. nitric. fumans. Der Urin ist veilchenblau. Speicheluntersuchung um 3 Uhr nachmittags. Auf die erwähnte Probe wird der Speichel veilchenblau, giebt eine sichere Jodprobe. Am 26. II. um 3 Uhr nachm. ist im Urin Jod entschieden nachweisbar, im Speichel Jodspuren. 27. II. 4 Uhr nachm. im Urin mehr Jod als am vorhergehenden Tage, stark veilchenfarben, auch im Speichel Jod. Am 28. II. dasselbe. Am 5. III. ist Jod in Harn und Speichel noch immer nachweisbar. Am 6. III. viel Jod im Urin. 7. III., 8. III. viel Jod im Harne. 10. III. weniger Jod, 11. III. wieder mehr, 13. III., 14. III. wenig Jod, schwach veilchenblau, 17. III. mehr, 19. III. kann mehr Jod nachgewiesen werden. 20. III. mehr Jod, 21. III. noch mehr. 3. IV. noch immer Jod nachzuweisen, 10. IV. und 24. IV. Jod im Urin.

In diesem Falle war also noch zwei Monate nach der letzten Jodipininjektion Jod im Urin nachweisbar. Diese Fälle gaben uns zugleich darüber Aufschluß, wie lange das Jod im Organismus remanent bleibt. In diesem Falle also untersuchten wir nach der 10. Jodipininjektion, nachdem wir die Einspritzungen mit diesem Mittel beendet hatten, vom 25. Februar bis zum 20. März abwechselnd täglich oder jeden zweiten Tag, später ein- bis zweimal wöchentlich den Urin und den Speichel, und in all diesen Fällen konnte Jod nachgewiesen werden. Interessant ist bei diesem Falle auch, daß das Jod erst nach der 6. Injektion zum ersten Male nachgewiesen werden konnte. Ähnlich ist auch folgender Fall:

16. J. F., 24 J., Beamter, Jodipininjektionen am 17. II., 18., 19., 20., 21., danach keinerlei Jodismus; am 22., 23., 24. 10 ccm Jodipin, kein Symptom von Jodismus. Am 25. II. Harnuntersuchung. Zu 10 g Urin Stärke, dann Salpetersäure; der Urin verfärbt sich bläulich. Der Speichel wird mit ähnlicher Reaktion blau, Jod kann sicher nachgewiesen werden. 25. II. noch einmal 10 ccm Jodipin. 26. II. ½8 Uhr morgens und 3 Uhr nachm. im Urin und im Speichel Jod. 27. II. 3 Uhr nachm. ist im Urin das Jod weniger gut, im Speichel entschieden nachweisbar. 28. II. wie oben. 2. III. Urin und Speichel geben Jodreaktion. 9. III. nach 7 Tagen neuerliche Untersuchung, Urin und Speichel geben aus-

gesprochene Jodreaktion. Am 25. III. befindet sich im Harn noch immer Jod (vor einem Monat hatte die letzte Jodinjektion stattgefunden). In diesem Falle beendeten wir gleichfalls Ende Februar die Injektionen, und Ende März gab Urin und Speichel ausgesprochene Jodreaktion. Desgleichen bei dem obenerwähnten Patienten A. B. die letzte Jodinjektion am 19. I., und noch am 26. IV. kann Jod im Harne nachgewiesen werden.

Anders standen jedoch die Verhältnisse, wenn wir die subcutane Injektion vollständig unterliefsen und das Jodipin per os verordneten. In solchen Fällen waren wir schon am ersten oder spätestens am zweiten Tage im stande, das Jod im Urin und im Speichel nachzuweisen. Wenn wir jedoch mit dem Gebrauch des Jodipins aussetzten, hört die Nachweisbarkeit des Jods schon am zweiten, spätestens am dritten Tage gänzlich auf. Nach dieser Richtung ist folgender Fall bemerkenswert:

17. L. B., 13 J., Schüler, bekam Jodipin (10%) innerlich, täglich einen Efslöffel. Am 1. III. wird eine grofse Menge von Jod aus dem Jodipin im Urin und im Speichel abgesondert. Wir setzen Jodipin aus. Am 3. III. in Harn und Speichel Spuren von Jod. 6. III. kann im Urin und im Speichel Jod nicht nachgewiesen werden. Nachmittags bekommt der Patient wieder einen Kaffeelöffel voll Jodipin. Am 7. III., 8. III. gleichfalls, am Nachmittage des letzteren Tages ist um 3 Uhr viel Jod nachweisbar. Am 11. III. ist in Harn und Speichel kein Jod vorhanden; abends wieder ein Löffel Jodipin. Am 12. III. morgens bekommt er einen Efslöffel voll Jodipin, um 4 Uhr nachmittags ist Jod reichlich vorhanden. Am 15. III. ist im Urin kein Jod vorhanden; er nimmt neuerdings Jodipin. Am 17. III. wieder Jod im Urin.

18. G. K., 25 J.; leidet seit einem Jahre an Lues. Vom 7. III. bis zum 12. III. bekommt er täglich einen Efslöffel 25%iges Jodipin. Am 14. III. im Urin Spuren von Jod, am 17. III. ist Jod im Urin nicht nachweisbar. Per os appliziert, gelang nach 3 Tagen der Nachweis von Jod im Urin nicht.

19. G. O., 25 J. Dem seit einem Jahre an Lues leidenden Patienten gab ich vom 7. III. bis zum 12. III. Jodipin innerlich, damals enthielt Harn und Speichel viel Jod. Am 12. III. setzten wir mit dem Jodipin aus, und schon am folgenden Tage (13. III.) Spuren von Jod. Am 14. III., d. h. nach zwei Tagen, kann Jod im Urin absolut nicht nachgewiesen werden.

Den Vergleich mit Jodkalium ermöglicht folgender Fall:

20. S. S., 21 J., Jurist. Im September 1901 Sklerose und allgemeine Symptome. Er machte 15 Hg-Injektionen und 30 Einreibungen durch. Jodkalium nahm er mehrfach. Jodismuserscheinungen zeigten sich in

jedem einzelnen Falle. Am 25. II. 1902 ½7 Uhr und ½10 Uhr abends ein Eßlöffel Jodkalium. Am 26. II. um ½8 Uhr morgens bekam er einen dritten Eßlöffel, nachmittags 3 Uhr sind im Urin und im Speichel große Mengen von Jod nachweisbar, er setzt mit dem Jodkalium aus. 27. II. 3 Uhr nachm. im Harn und im Speichel viel Jod. 28. II. 3 Uhr nachm. zeigt der Urin und der Speichel die Anwesenheit einer großen Quantität Jod. Am 1. III. um 3 Uhr nachmittags kann weder im Harn, noch im Speichel Jod nachgewiesen werden.

Wenn man das Jodkalium per anum appliziert, verläßt das Jod gleichfalls nach kurzer Zeit den Organismus.

21. M. K., 30 J., Beamter. Am 10. III. — nach vorherigem Klysma — 10 cg. Jodkaliumsuppos. Am 11. III. in Urin und Speichel viel Jod, 12. III. viel Jod, 14. III. Jodspuren. Am 19. III. verordne ich ein Jodipinsuppos. (0,5 g auf ein Suppos.), wovon er abends und am 20. III. morgens je ein Suppositorium einführt. Am 20. III. nachmittags 3 Uhr kein Jod im Urin und Speichel, am 21. III. Spuren von Jod.

Im ersten Falle ist es interessant, daß, während noch am 28. Februar um 3 Uhr nachmittags, nach dem letzten Einnehmen des Jodkaliums, am 26. in Harn und Speichel viel Jod nachgewiesen werden konnte, am 1. März dessen Vorhandensein weder im Urin, noch im Speichel nachweisbar war. Hingegen konnte ich (von vielen Fällen nur) in einem Falle nach dem Aussetzen mit dem Jodkalium noch am 7. Tage im Urin Jodkalium nachweisen.

22. A. B., 27 J., Beamter, verbraucht 4 Flaschen Jodkalium (5 : 100). Er nimmt es am 14. III. zuletzt ein. Am 15. III., 17. III. viel Jod im Harn (dunkelblau), am 19. III., 27. III. wenig Jod. — Als sehr nützlich erwies sich das Jodipin, wenn die Lues bei lymphatischen Individuen mit Skrophulose kombiniert ist, Ich konnte bei zwei solchen Individuen das Jodipin verwenden, bei denen Syphilis und Lymphoma colli vorhanden war.

23. J. G., 20 J., Eisenarbeiter, hatte im November 1898 Sklerose. Er machte zweimal je 30 Einreibungen durch, worauf er 6 Flaschen Jodkalium trank, das er schlecht vertrug. Vom Januar 1901 an bekam er 15 Hg-Injektionen, nach denen er 8 Flaschen Jodkalium trank, das er auch jetzt schlecht vertrug. Am 27. XII. bekam er bei gemischter Kost die erste Jodipininjektion (10 ccm). St. pr. An der linken Seite des Halses eine faustgroße Drüsenschwellung, die unter der Clavicula befindliche Drüsengeschwulst öffneten wir, und sie eitert seitdem fortwährend. Innerlich nimmt er Jodipin (10%). Am 29. XII. an der Schnittstelle unbedeutender Schmerz, wieder eine Jodipininjektion. 31. XII. Die Drüse ist bedeutend kleiner geworden. 3. I. Der Patient bekommt 3 ccm Jodipin in unmittelbarer Nähe der Drüse. 5. I. Jodipininjektion, ge-

salzene Kost. 9. I. Jodismus hat sich nicht gezeigt, nach der 5. Jodipininjektion hat sich die Halsgeschwulst merklich zurückgebildet. 28. II. kein Jod im Harn.

24. J. P., 32 J., Schmied. Lymphoma colli, Syphilis latens. Am 19. I. erste Jodipininjektion bei gesalzener Kost. 21. I. Injektion. 23. I. Injektion. 16. II. Jodipininjektion (10%). 25. II. zehnte Injektion, kein Symptom von Jodismus, die Drüsen beträchtlich zurückgebildet.

In diesen beiden Fällen war die Wirkung des Jodipins ins Auge springend, und es besteht eine gewisse Ähnlichkeit mit der Wirkung von Oleum jecoris Aselli (jodatum).

Ebenso ist zu erwähnen 25. mein Patient L. B., der im Alter von einem Jahre mit Syphilis infiziert wurde und bei dem eine dauernde skrophulöse Lippengeschwulst mit ekzematösen Erscheinungen vorhanden war. Bei diesem Knaben konnte ich mit regelmäfsiger Verwendung von Jodipin in zwei Monaten eine bedeutende Abnahme der Lippengeschwulst erreichen.

Es bleiben noch jene Vergleiche und die Daten über die Resultate zu erörtern, zu denen ich gelangte, wenn ich bei späteren, sog. tertiären syphilitischen Läsionen Jodipin verwendete und Vergleiche mit der Wirkung des Jodkaliums anstellte.

Meine diesbezüglichen Erfahrungen stimmen im grofsen und ganzen mit denen der Autoren überein, die das Jodipin als wirksames Mittel gegen tertiäre Syphilis betrachten. Auf Grund des Vorausgehenden müssen wir hinzufügen, dafs bei subcutaner Verwendung des Jodipins — wenigstens die an der Haut vorkommenden — gummösen Bildungen sehr langsam vergehen.

Bei innerlichem Gebrauch ist die Wirkung des Jodipins beinahe ganz dieselbe, wie die des Jodkaliums. Mit chlorfreier Diät kann man, wie ich früher hervorgehoben habe, auch in diesen Fällen den Organismus nicht empfindlich machen. Die syphilitischen Produkte verschwinden selbst bei einem solchen Verfahren nicht rascher. Jodismus kann nach Jodipin in solchen Fällen ebensogut wie bei recenter Syphilis auftreten, wie wir das nach Jodkalium oft genug sehen können, doch kann ich auf Grund meiner Erfahrungen gleichfalls sagen, dafs beim Jodipin der Jodismus bei subcutanem Gebrauch geringer ist als bei innerlicher Verwendung.

Meine letzte Antwort an Herrn Dr. A. Pappenheim.

Von

Dr. Johan Almkvist-Stockholm.

Leider sehe ich mich gezwungen noch einmal die Feder zu nehmen, um mich gegen den Angriff Pappenheims zu verteidigen.

Erstens schreibt mir Pappenheim zu, dafs ich die Arbeit Joannovics nicht genau studiert habe, sondern „fälschliche Kommentierungen imputiere". Besonders habe ich Joannovics[1] in zwei Beziehungen falsch wiedergegeben, sagt er.

Zuerst habe ich gesagt, dafs Joannovics zwei Arten von Plasmazellen unterscheidet, was nach Pappenheim unwahr ist. Er sagt nämlich (S. 290, Zeile 8): „Nirgends spricht Joannovics von zwei Arten von Plasmazellen, sondern er spricht stets nur von Plasmazellen schlechthin und versteht darunter stets nur seinen ganz bestimmten, morphologisch charakterisierten Zelltypus". Ich erlaube mir dazu erstens auf Seite 164 bis 165 der Arbeit Joannovics hinzuweisen. In den beiden letzten Zeilen der Seite 164 und dem oberen Teil der Seite 165 macht Joannovics eine Beschreibung über das typische Aussehen der Plasmazellen nach den Forderungen v. Marschalkós. Nachdem er dann erwähnt hat, dafs kleine Abänderungen, betreffend den hellen Hof und etwas anderes, vorkommen können, fügt er (Zeile 17, Seite 165) hinzu: „Eine andere Gruppe von Plasmazellen erscheint ebenfalls rund und gleichmäfsig im ganzen Protoplasma gefärbt, der Kern jedoch ist auffallend grofs und im Gegensatz zu den vorher beschriebenen[2] heller, chromatinärmer, indem die peripheren dunklen, groben Chromatinkörner fehlen und eine gröfsere Anzahl dunkelblauer Körnchen von verschiedener Gröfse, jedes immer kleiner als die der typischen Plasmazelle, den Kern erfüllen." So schreibt Joannovics im Anfang seiner Arbeit.

Gegen das Ende seiner Arbeit macht er eine Zusammenfassung. Auf dem unteren Teil der Seite 183 spricht er wieder von den zwei morphologisch verschiedenen Arten der Plasmazellen, von welchen die eine Art einen infolge reichlicher Chromatinkörner „ziemlich dunkel gefärbten" Kern hat. „Diese Zellen können Fortsätze aussenden, die jedoch meist kurz sind, und, was die Zartheit dieser Ausläufer sowie die Gröfse der

[1] Joannovics, G., Über das Vorkommen, die Bedeutung und Herkunft der Unnaschen Plasmazellen. *Zeitschr. f. Heilkunde.* 1899. Bd. XX. S. 159.

[2] Vom Verfasser gesperrt.

ganzen Zelle anlangt, hinter der zweiten Art[3] zurückstehen". Die andere Art kann mehrere und gröfsere Ausläufer haben und hat einen Kern, der „im allgemeinen heller als bei der ersterwähnten Art[4]" erscheint. Auf der folgenden Seite 184 fährt er in der zweiten Zeile fort: „Sehr genau konnten wir diese beiden Zellgattungen in den Präparaten nach 24stündiger Einwirkung des Terpentins unterscheiden, wo wir die Umwandlung vom Lymphocyten und polymorphkernigen[5] Leukocyten in Plasmazellen der ersten Art[6] geradezu verfolgen konnten, während die zweite[7] aus Bindegewebszellen hervorzugehen scheint."

Also, sowohl im Anfang, wo er eine Beschreibung der Plasmazellen giebt, als auch in der Zusammenfassung, spricht JOANNOVICS deutlich und klar von zwei morphologisch verschiedenen Arten von Plasmazellen, wenn er auch die Grenze zwischen den beiden Arten nicht so scharf wie ich gezogen hat. Trotzdem sagt PAPPENHEIM: „Nirgends spricht JOANNOVICS von zwei Arten von Plasmazellen" und scheut sich nicht, mir ans Herz zu legen, die Arbeit JOANNOVICS besser zu studieren. Wenn er auch jetzt mit diesen Worten vor den Augen seine Behauptung, dafs JOANNOVICS nirgends von zwei Arten von Plasmazellen spricht, noch festhalten will, so kann ich wirklich nicht — da die deutsche Sprache nicht meine Muttersprache ist — für ein solches Benehmen einen Ausdruck finden, den man niederschreiben kann. Ich fordere ihn nur im Namen der Wahrheit auf, diese seine Beschuldigung gegen mich zurückzunehmen, wenn er nicht festgestellt haben will, dafs er mit einer Anklage kommt, die ganz und gar unwahr ist.

Dasselbe gilt auch von PAPPENHEIMS Behauptung, dafs JOANNOVICS die Plasmazellen nicht aus polymorphkernigen Leukocyten hervorgehen läfst. Wie ich in meinem Citat gezeigt habe, verwendet JOANNOVICS (Seite 184, Zeile 5 von oben) den Ausdruck polymorphkernige Leukocyten. Jeder kann nachsehen, dafs es an der oben citierten Stelle so steht. Ich halte immer daran fest, dafs, wenn man citiert, man gerade so schreiben mufs, wie es steht — die Regel PAPPENHEIMS, wie man ein Citat machen soll, kenne ich dagegen nicht.

Ich füge hinzu, dafs JOANNOVICS nicht polynucleäre, sondern polymorphkernige geschrieben hat, und dafs diese beiden Ausdrücke nicht gleichbedeutend sind. Der Ausdruck polymorphkernig, den JOANNOVICS anwendet, hat mich auch etwas verwundert, und ich weifs nicht, ob ich diesen Ausdruck richtig verstanden habe. Aber dafs JOANNOVICS damit nicht polynucleäre Leukocyten gemeint hat, habe ich immer geglaubt. Die sogenannten Übergangsformen, die nur einen Kern haben, dessen Form etwas verschieden sein kann, wäre wohl eine Leukocytenart, auf welche

---

3 4 5 6 7 Vom Verfasser gesperrt.

man den Ausdruck polymorphkernig vielleicht anwenden könnte. Da JOANNOVICS an vielen anderen Stellen die Plasmazellen aus mononucleären Leukocyten hervorgehen läfst, und die Übergangsformen nach EHRLICH[8] aus den mononucleären Leukocyten sich entwickeln, so scheint es mir ziemlich wahrscheinlich, dafs JOANNOVICS mit polymorphkernigen Leukocyten gerade diese Übergangsformen gemeint hat.

Was auch PAPPENHEIM sagen möge, er hat gar kein Recht mich deshalb anzugreifen, weil ich JOANNOVICS so citiert habe, wie JOANNOVICS wirklich geschrieben hat.

Die Bemerkungen, die PAPPENHEIM unter 3 und 4 über den Unterschied zwischen den beiden Plasmazellenarten hervorhebt, brauchen hier keine besondere Antwort. Ich brauche nur auf meine Antwort an Herrn Dr. UNNA hinzuweisen.

Aber ich habe nach PAPPENHEIM nicht nur JOANNOVICS, sondern auch ihm selbst „fälschliche Meinungsäufserungen" zugeschrieben, als ich gesagt habe, dafs PAPPENHEIM zugiebt, „dafs lymphocytoide Zellen aus dem Bindegewebe in die Gefäfse hineinwandern können und also durch die Gefäfswand gehen". Aber wie anders soll ich die Worte PAPPENHEIMs oben auf Seite 12, Band 34 dieser *Monatshefte* verstehen? „Da die lymphocytoiden Plasmazellen als neugebildete pathologische Lymphocyten auch in die Blutbahn gelangen können, so ist..." Die lymphocytoiden Plasmazellen sind ja nach PAPPENHEIM im Bindegewebe entstanden und müssen also, um in die Blutbahn gelangen zu können, durch die Gefäfswand gehen. Jetzt sagt PAPPENHEIM dagegen (S. 292), dafs er gerade dies „überall energisch bestritten" hat. Kann das etwas anderes sein, als sich selbst wiedersprechen?

Meine Frage, warum PAPPENHEIM die Arbeiten RETTERERS ignoriert hat, weist er ganz kurz damit ab, dafs alle solche Arbeiten „absolut undiskutabel sind". Sehr bequem! Aber ob es wissenschaftlich ist, darüber will ich mich nicht äufsern.

Unter 7. sucht PAPPENHEIM zu beweisen, dafs er mich nicht falsch citiert hat. Doch nur für einen mehr als gewöhnlich unlogischen Menschen kann dies als Beweis gelten. Wenn ich gesagt habe, dafs in den von mir untersuchten Lupusfällen ich keine UNNAschen und MARSCHALKÓschen Plasmazellen in demselben Falle gefunden habe, so bedeutet das doch nicht, dafs dies nicht einmal doch geschehen kann. Ich habe nur erwähnt, was ich gesehen habe. Dafs die beiden Zellarten in demselben Falle vorkommen können, scheint mir auf keine Weise unmöglich, aber ich kann nur das schreiben, was ich gefunden habe. Ob diese Regel PAPPENHEIM gefällt oder nicht, ist mir gleichgültig.

---

[8] Siehe EHRLICH und LAZARUS, Die Anämie. Wien 1898. S. 49.

Ich habe keine Lust, mich weiter gegen die Angriffe PAPPENHEIMS zu verteidigen, denn ich glaube nicht, dafs solche Polemiken der Wissenschaft nützen. Darum ziehe ich es vor, was auch PAPPENHEIM mir antwortet, diesen Streit nicht länger fortzusetzen, sondern lieber die Zeit für neue Untersuchungen zu reservieren.

Almkvist, Plasmazellen und kein Ende.

Von

Dr. A. PAPPENHEIM.

Quousque tandem, Dr. ALMKVIST, abutere patientia nostra?

In der That, mir ist es unerfindlich, was Herr ALMKVIST eigentlich noch von mir will. Es handelt sich doch einzig und allein um die von ihm entdeckten Plasmazellen, deren Artefaktwert ihm von UNNA, wie man zugeben wird, in schlagender Weise nachgewiesen ist. Alles andere ist Beiwerk. Darum, Herr ALMKVIST, wenden Sie sich an die rechte Schmiede und inkommodieren Sie nicht fortwährend die Leute durch ein lästiges, endloses Explizieren Ihrer Privatansichten. Gehen Sie lieber hin und lernen Sie gute Präparate herstellen. Ich für meine Person fühle weder Beruf noch Neigung in mir, jederzeit Leuten, die die nötige Mufse dazu haben, wenn es ihnen beliebt, zum Gaudium Dritter Rede und Antwort zu stehen, zumal ich meinen Standpunkt über die ALMKVIST-schen gegerbten Plasmazellen bereits nun auch öffentlich in der Biologischen Sektion des Ärztlichen Vereins Hamburg präzisiert habe.[1] Wenn Herr A. sich über gewisse Dinge nicht im klaren ist, so soll er sich meinetwegen schriftlich an mich wenden, aber mich und die Leser mit der Drucklegung seiner Ansichten verschonen.

Es thut mir ja furchtbar leid, dafs der ganze Aufwand von Arbeit und Gelehrsamkeit des Autors umsonst gewesen sein soll. Sein Geschick ist tragisch und seine Mifsstimmung nur menschlich allzu berechtigt. Aber was können wir dafür! — Nur sollte Herr ALMKVIST nicht versuchen, seine absolut verlorene Position dadurch halten zu wollen, dafs er mit mir über die Möglichkeit der Entstehung von Blutkörperchen aus Epithelien (RETTERER) u. dergl. rechtet. Das Alles heifst, von der Sache ablenken; durch alles das werden seine gegerbten Zellen nicht ungegerbt.

---

[1] S. *Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 19.

Es fördert daher die Plasmazellenfrage meines Erachtens um keinen Deut, wenn ich mich jetzt nochmals herbeilassen wollte, Punkt für Punkt Herrn ALMKVIST klar zu machen, dafs JOANNOVICS zwar „im Plasma gefärbte" junge Bindegewebszellen von leukocytären Plasmazellen streng unterscheidet (s. auch die ganz conforme Auffassung der JOANNOVICSschen Arbeit bei ENDERLEN und JUSTI[2]), aber doch zugiebt, dafs auch diese „im Plasma gefärbten" Bindegewebszellen unter Umständen den nämlichen morphologischen Typ einer MARSCHALKÓschen Plasmazelle produzieren können, wie ihn für gewöhnlich die hämatogenen Plasmazellen darbieten. Hiernach entsteht also der nämliche Typ ein und derselben „Plasmazelle" aus Bindegewebszellen und leukocytären Elementen; zwei Sorten „Plasmazellen" giebt es nicht. Ebensowenig Zweck hat es für die in Rede stehende Frage, die sonstigen Fehler der ALMKVISTschen Antikritik Punkt für Punkt aufzudecken.[3] Die Sache ist somit für mich erledigt.

Hamburg, im Mai 1902.

---

[2] Beiträge zur Kenntnis der UNNAschen Plasmazellen. *Dtsch. Zeitschr. f. Chir.* LXII.

[3] ALMKVIST behauptet z. B. wiederum (S. 352 *dieser Monatshefte* unten), er habe mir nicht fälschliche Meinungsäufserungen aus meiner in *Virch. Archiv* veröffentlichten Arbeit zugeschrieben, als er sagte, „dafs PAPPENHEIM zugiebt, ‚dafs lymphocytoide Zellen aus dem Bindegewebe in die Gefäfse hineinwandern können und also durch die Gefäfswand gehen'". Nachdem ich ihm nun durch Anführung des betreffenden Tenors (s. S. 292 *dieser Monatshefte* sub 5) seine falsche Citation ad oculos demonstriert habe, kommt Herr ALMKVIST jetzt damit, dafs er ganz naiv fragt: „Aber wie anders soll ich die Worte PAPPENHEIMS oben auf S. 12, Band 34, *dieser Monatshefte* (sic!!!) verstehen?" Diese Kühnheit kann nur einer haben, der zugleich, wie ALMKVIST, erklärt, er werde nun nicht weiter antworten. Über den Wert solcher wissenschaftlichen Schulung und Kritik brauche ich wohl kein Wort weiter zu verlieren. Aber wie steht es wirklich mit dem Inhalt meiner Worte? — Habe ich mir in der That selber widersprochen? — A. citiert mich aus den Monatsheften: „Da die lymphocytoiden Plasmazellen als neugebildete pathologische Lymphocyten auch in die Blutbahn gelangen können, so ist ...", und fährt dann fort: „die lymphocytoiden Plasmazellen sind ja nach PAPPENHEIM im Bindegewebe entstanden und müssen (vom Autor gesperrt) also um in die Blutbahn (vom Autor gesperrt) gelangen zu können, durch die Gefäfswand (vom Autor gesperrt) gehen." Das ist wenigstens ALMKVISTS Ansicht, aber auch wohl nur seine isolierte. Herr ALMKVIST, bevor Sie so etwas schreiben, sollten Sie doch wirklich lieber vor Ihren „neuen Untersuchungen" ein Ferienprivatissimum über die Anfangsgründe der Physiologie hören! Haben Sie nie etwas von offenen Lymphspalten gehört und wissen Sie nicht, dafs der Lymphstrom schliefslich in die Blutbahnen mündet? — Damit etwas in die Blutbahn gelange, braucht es doch nicht direkt durch eine Gefäfswand hindurchzugehen? — Man kann wirklich nicht verlangen, dafs ich mich mit solchem Autor noch ernstlich länger beschäftige.

Bemerkungen zu den von Unna genannten „ALMKVISTschen" Plasmazellen.

Von

Dr. JOHAN ALMKVIST-Stockholm.

Meine Arbeit über Plasmazellen bei Lupus[1] ist bis jetzt von PAPPENHEIM kritisiert worden. Er hat versucht, die Herstammung der einen Plasmazellenart aus Lymphocyten zu bestreiten. Gegen die morphologischen und tinktoriellen Unterschiede meiner zwei Arten hat er nichts zu bemerken, sondern sagt (letzte Zeile der Seite 6 und oberste Zeile der Seite 7, Bd. 34 dieser *Monatshefte*), dafs sie „durchaus anzuerkennen sind". Er erklärt sogar (S. 9), dafs meine Arbeit weder in kasuistischer oder in theoretischer Hinsicht etwas neues enthält.

Jetzt kommt aber UNNA mit einer ganz anderen Kritik.[2] Für ihn ist alles neu. Er sagt selbst in den ersten Zeilen seines Artikels, dafs es die Bemerkungen von PAPPENHEIM und mir sind, die seine Aufmerksamkeit auf die Behauptung gelenkt haben, „dafs es zwei durchaus verschiedene Arten von Plasmazellen gebe". Bis dahin scheint also UNNA gar nichts von zwei Plasmazellenarten gehört zu haben, trotzdem dafs KROMPECHER,[3] JOANNOVICS[4] und ich[5] doch zwei morphologisch verschiedene Arten beschrieben haben. Darum finde ich auch die Benennung „ALMKVISTsche Plasmazellen", die UNNA gewählt hat, nicht gut, da ich keinen neuen Zelltypus aufgestellt habe.

Für die genaue wissenschaftliche Untersuchung, die UNNA meinen Präparaten geschenkt hat, spreche ich ihm meinen Dank aus, auch wenn ich nicht mit seinen Schlufsfolgerungen in allem übereinstimmen kann. Nach denselben ist der Unterschied zwischen den beiden Zellarten nur ein Kunstprodukt. Dadurch, dafs etwas Gerbsäure in den Alkohol gekommen ist, sollten nach UNNA die Zellen ganz verändert worden sein und einen Habitus bekommen haben, den ich als eine zweite Plasmazellenart aufgestellt habe.

---

[1] JOHAN ALMKVIST, Beiträge zur Kenntnis der Plasmazellen, insbesondere beim Lupus. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 58. H. 1.

[2] P. G. UNNA, Die ALMKVISTschen Plasmazellen. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 34. S. 297.

[3] E. KROMPECHER, Beiträge zur Lehre von den Plasmazellen. *Beiträge z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol.* von E. ZIEGLER. Bd. XXIV.

[4] G. JOANNOVICS, Über das Vorkommen, die Bedeutung und Herkunft der UNNAschen Plasmazellen. *Zeitschr. f. Heilkunde.* 1899. Bd. XX. S. 159.

[5] l. c.

Dafs die Gerbsäure ein Beizmittel von eigentümlicher Art ist, das ist ja bekannt und steht in den meisten Lehrbüchern der mikroskopischen Technik beschrieben. Ich will nur folgendes hervorheben. Wenn man Kork- oder Holzstückchen in Alkohol legt wird doch nicht nur die Gerbsäure, sondern auch ein gelber Farbstoff ausgelöst und der Alkohol also mehr oder weniger gelb gefärbt. Da in den Präparaten, die ich von Dr. MAX JOSEPH bekam, keine Gelbfärbung des Alkohols vorkam, kann es sich also eventuell nur um Einwirkung von minimalen Spuren von Gerbsäure handeln.

UNNA erklärt, dafs auch solche Spuren auf die Färbung einwirken können. Früher, als ich selbst Experimente darüber gemacht habe, kann ich ja selbstverständlich diese Behauptung UNNAS nicht bestreiten, und trotzdem, dafs es mir kaum möglich scheint, mufs ich also annehmen, dafs die kleinen Spuren von Gerbsäure, die hier vorkommen könnten, auf die Zellfärbung meiner Präparate etwas eingewirkt haben könnten.

Wie weit diese Einwirkung die Zellen umgestalten können, ist doch eine andere Frage. Können wirklich Spuren von Gerbsäure einen ganz anderen Zelltypus hervorrufen? Da, wo ich die von mir so genannten MARSCHALKóschen Plasmazellen gefunden habe, ist auch das Granulationsgewebe anders gebaut, indem die Leukocytenveränderungen überwiegen und die Bindegewebsveränderungen weniger ausgeprägt sind. Liegt es da nicht sehr nahe sich die Sache so zu denken, dafs der andere Zelltypus mit dem anderen Bau des Granulationsgewebes zusammenhängt und nicht ein Kunstprodukt sein kann? Denn wenn Spuren von Gerbsäure die Ursache der Zellveränderungen wären, müfste man doch diese Tanninveränderten Zellen auch in einigen Fällen finden, in deren Granulationsgewebe die Bindegewebsveränderungen vorherrschten und keine Übereinstimmung zwischen dem Bau des Granulationsgewebes und dem Zelltypus finden. Oder sollte man annehmen, dafs die Gerbsäure in unbewufster Weise gerade die Fälle ausgewählt hatte, wo ein Granulationsgewebe mit ausgeprägten Leukocytenveränderungen zu finden war? Das wäre doch ein zu grofser Zufall, den man sich kaum vorstellen kann.

Aber wie ich in meiner Arbeit (S. 107—108) zeigte, haben sowohl KROMPECHER[6] wie JOANNOVICS[7] zwei Arten von Plasmazellen beschrieben, die mit meinen zwei Arten im wesentlichen übereinstimmen. Sollte man annehmen, dafs auch diese beiden Forscher nur ein Kunstprodukt infolge Gerbsäureeinwirkung gesehen haben? Mir scheint eine solche Annahme fast ausgeschlossen.

Mag also sein, dafs die Spuren von Gerbsäure, die in einigen meiner Präparate möglicherweise vorgekommen sein können, auf die Färbung der

[6] l. c.
[7] l. c.

Plasmazellen eingewirkt haben, so bin ich doch überzeugt, dafs diese Spuren von Gerbsäure nicht so viel eingewirkt haben können, dafs die Zellen einen anderen Typus bekommen haben. Die Aufstellung von zwei Arten von Plasmazellen halte ich darum bis auf weiteres noch als berechtigt.

Ob diese letzterwähnte Auffassung, die ich für das wichtigste Resultat meiner Untersuchung halte, richtig ist oder nicht, kann nur durch neue Untersuchungen in der Zukunft festgestellt werden.

Was die Herstammung der Plasmazellen betrifft, so habe ich in meiner Arbeit nur die Gründe hervorgehoben, die mir für einen gesonderten Ursprung der beiden Plasmazellenarten zu sprechen schienen. Dabei habe ich aber doch immer die Möglichkeit einer anderen Entstehungsweise erwähnt. Ebenso habe ich erwähnt, dafs ich die beiden Zellarten nicht in demselben Falle gefunden habe. Eine solche Möglichkeit habe ich aber auf keine Weise bestritten, halte es sogar für sehr wahrscheinlich, dafs man die beiden Zellarten in demselben Granulationsgewebe einmal finden kann, trotzdem ich dies allerdings nicht gesehen habe.

Das hauptsächlichste Resultat meiner Arbeit ist also die Unterscheidung der zwei Plasmazellenarten, was Unna als Kunstprodukt durch Einwirkung von Spuren von Gerbsäure erklären will. Doch auch Krompecher und Joannovics haben hauptsächlich dieselben zwei Plasmazellenarten wie ich unterschieden. Ich hoffe zuversichtlich, dafs auch andere Forscher in der Zukunft zu ähnlichen Resultaten kommen wie ich.

Nachtrag.

Nachdem ich schon das Manuskript zum Drucke geliefert hatte, erfuhr ich, dafs in der X. Sitzung der Physiologischen Gesellschaft zu Berlin (2. Mai 1902) Dr. Schlesinger über „Plasmazelle und Lymphocyten“ berichtet hat. Soweit ich aus sicherer Quelle unterrichtet bin, ist Dr. Schlesinger zu ganz ähnlichen Resultaten wie ich gekommen, trotzdem dafs seine Arbeitsmethode Kunstprodukte unmöglich hervorgerufen haben kann. Das Nähere über den genannten Vortrag kenne ich noch nicht.

Antwort auf vorstehende Bemerkungen.

Von

P. G. Unna.

Die vorstehenden Bemerkungen von Almkvist sind für mich nur eine Bestätigung der Ergebnisse meiner Kritik, da Almkvist auf die vier von mir betonten, einen Kunstfehler beweisenden Punkte nirgends eingeht. Wenigstens hätte er doch erklären müssen, wieso ohne ungewollte Tannisierung seines Materials die roten Blutkörperchen und das fädige Fibrin in seinen Präparaten bei der Methylenblau-Glycerinäther-Methode zu einer Färbung gekommen sind. Es sollte mir deshalb leid thun, wenn — was nach Almkvists Angaben über eine Pluralität der Plasmazellen nicht unmöglich erscheint — Krompecher und Joannovics sich denselben oder ähnliche Kunstfehler haben zu Schulden kommen lassen und daher zu ähnlichen Schlüssen gekommen sind. Vor der Hand habe ich zum Studium dieser Arbeiten noch keine Zeit und Veranlassung und meine Behauptung eines Kunstfehlers bezieht sich zur Zeit ganz allein auf die Arbeit und Abbildungen von Almkvist.

Für mich und meine Zeitschrift ist die Angelegenheit hiermit geschlossen. Möge die Arbeit von Almkvist doch für Fachkollegen, welche über Plasmazellen arbeiten wollen, ein warnendes Beispiel sein und sie veranlassen, ehe sie sich über meine Plasmazellenbefunde ein Urteil gestatten, meine Studien über Protoplasmafärbung, die zu ihnen hinleiteten, gewissenhaft nachzuprüfen.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Band IX. Heft 1 u. 2. 1902.

I. **Betrachtungen über das Jodipin,** von E. Feibes-Aachen. Nach einem Überblicke über die einschlägige Litteratur teilt uns der Verfasser den Gang und die Resultate seiner zusammen mit Dr. Jung angestellten Untersuchungen mit, welche darauf gerichtet waren, an mehreren Fällen nachzuweisen, wie groſs die mit dem Harn ausgeschiedenen Mengen Jod nach Jodipineinspritzungen sind.

Die quantitativen Analysen haben ergeben, daſs bei subcutaner Anwendung des Jodipins die Resorption des abgelagerten Jodfettes nur stets bis zu einem gewissen

Grade, allmählich, nie ganz plötzlich erfolgt, daſs die im Körper cirkulierende Jodmenge und damit auch der Jodgehalt des Urins nie eine gewisse Grenze überschreitet.

Da im menschlichen Harn bei Jodipininjektionskuren weder Jodfette noch Jodseifen nachzuweisen waren, so geht daraus hervor, daſs das Jodipin im Körper vollständig ausgenutzt, d. h. es wird sowohl sein Jod vollkommen abgespalten und verbraucht; und es werden auch die Fette, an welche das Jod gebunden ist, resorbiert. Damit hängt vielleicht die Thatsache zusammen, daſs bei den Patienten häufig eine Zunahme des Körpergewichts konstatiert werden konnte.

Das Jod wird bei Jodipineinspritzungen in absolut gröſster Menge durch den Harn, in relativ gröſserer Quantität zur selben Zeit durch den Speichel und in geringer Menge durch die Faeces ausgeschieden.

Bei der Einverleibung einer relativ sehr groſsen Menge Jodipin übersteigt doch das Quantum Jod, welches im Urin ausgeschieden wird, kaum 0,4 g Jod auf 1 Liter Urin, beträgt sogar durchschnittlich nur die Hälfte, dagegen verteilt sich die Ausscheidung des Jods auf eine auſserordentlich lange Zeit, während bei Jodkalium die Ausscheidung in groſsen Quantitäten vor sich geht, aber bereits nach kurzer Zeit beendet ist.

Die Momentanwirkung des Jodkaliums ist eine bedeutend energischere, als die des Jodipins in Injektionen. In allen Fällen, bei denen es auf eine rasche und energische Wirkung ankommt, wird man Jodkalium oder aber Jodipin per os geben müssen.

Eine gleichzeitig mit der Jodipineinspritzung einhergehende Hg-Innunktionskur blieb auf die Ausscheidung des Jods ohne Einfluſs. Das Quecksilber wurde dann immer gut, in manchen Fällen sogar besser als ohne Jodipineinspritzungen vertragen. — Die Untersuchungen haben ferner ergeben, daſs die Ausscheidung der Harnsäure im Verlaufe von Jodipinkuren zunimmt. Eiweiſs wurde im Urin während derselben niemals gefunden. Was die Nebenwirkungen des Jodipins betrifft, so fand Verfasser die Angaben anderer Autoren bestätigt. Wohl hat er gelegentlich eine reichlichere Sekretion der Nasenschleimhaut, die aber nicht das Gefühl des Schnupfens verursachte, und vereinzelt das Auftreten kleinerer Aknekнötchen, die jedoch nicht pustulös wurden, beobachtet. Zu intensiveren Intoxikationserscheinungen kam es niemals, selbst bei den gröſsten Dosen nicht. Ein Patient bekam innerhalb von fünf Tagen 500 g 25%iges Jodipin eingespritzt, ohne daſs sich irgend welche Störungen einstellten. Ohne auf Intoxikationen zu stoſsen, hat Verfasser in den letzten zwei Jahren über 100 kg 25%iges Jodipin verbraucht. (D. h. für 10000 Mark! Leider giebt der Verfasser, was uns Dermatologen am meisten interessiert hätte, keine näheren Details darüber, was für Fälle es gewesen sind, die ihn zwangen, solch horrende Dosen zu injizieren und welche therapeutischen Erfolge er dabei erzielt hat. Ref.)

II. **Die Verwendung der Brookeschen Paste bei infektiösen und entzündlichen Hautaffektionen**, von Dreyer-Köln. Verfasser hat die im Jahre 1892 von H. G. Brooke in Manchester empfohlene Paste unter Weglassung des etwas reizenden Oleum lavandulae bei einer gröſseren Anzahl bakterieller und entzündlicher Hautaffektionen erprobt und durchweg ausgezeichnete Resultate erzielt.

Die Formel für die Brookesche, um sehr weniges modifizierte Paste lautet:

℞ *Hydrargyr. oleinic.* (5%)	28,0
Vasel. flav.	14,0
Zincioxyd.	
Amyl. ā	7,0
Acid. salicyl.	
Ichthyol	1,0

In fünf Fällen von Sycosis staphylogenes und in fünf Fällen von Furunkulose wurde die Paste in Verbindung mit Breiumschlägen und allen bei diesen Affektionen sonst üblichen allgemeinen Maßnehmen angewandt und so schnelle Erfolge, wie bei keiner anderen Methode erzielt.

Eine durch Cocaininjektion entstandene Hautnekrose am Penis, diphtherische Geschwüre der Scheide, entzündete Hämorrhoiden heilten unter der Brookeschen Paste in verhältnismäßig sehr kurzer Zeit ab. In einem Falle von nicht ulceriertem Scrophuloderma des Gesichts konnte Verfasser die guten Erfahrungen Brookes bestätigen. In neun Fällen von Herpes progenitalis erfolgte Heilung in 1—2 Wochen, viel schneller und sicherer als bei der Puderbehandlung. In verschiedenen Fällen von hartem und weichem Schanker erwies sich die Paste als sehr brauchbares Mittel und schien mancherlei Vorteile vor den üblichen Methoden zu haben. 22 Fälle von Ulcera mollia wurden in der Weise behandelt, daß nach Ätzung der Geschwüre mit konzentrierter Karbolsäure die Brookesche Paste appliziert wurde. Die Resultate sind denen bei der Jodoformbehandlung gleich zu stellen.

Verfasser untersucht, welchem der Bestandteile der Brookeschen Paste die heilende Wirkung zuzuschreiben sei und gelangt schließlich zu der Ansicht, daß alle drei Komponenten, das Quecksilberoxydoleat, die Salicylsäure und das Ichthyol, ihren Heilwert bei infektiösen und entzündlichen Hautaffektionen bedingen.

III. **Die Dermatitis exfoliativa Wilson und das Erythema scarlatiniforme recidivans**, von Friedrich Luithlen - Wien. Die Willansche Schule faßte alle exfoliativen Dermatitiden unter dem Namen „Pityriasis rubra" zusammen. Erasmus Wilson bezeichnete sie mit „Dermatitis exfoliativa". Später wurde aus dieser Gruppe die Pityriasis rubra als wohl charakterisiertes Krankheitsbild von Ferdinand Hebra ausgeschieden. Zu den bis dahin unter den exfoliativen Dermatitiden beschriebenen Affektionen kamen seit Brocqs ausgezeichneten Arbeiten im Jahre 1884 noch hinzu: Die Herpetides exfoliatrices Bazin, die Dermatite exfoliatrice généralisée, die Erythèmes scarlatiniformes desquamatifs.

Verfasser unterzieht die beiden letztgenannten Formen an der Hand der einschlägigen Litteratur einer kritischen Besprechung, welche eine ausführliche Schilderung des Krankheitsbildes, die histologischen Befunde, die Therapie, Prognose, Ätiologie und die Diagnose umfaßt.

IV. **Die mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie.** Ein Rückblick auf die Jahre 1895—1900. Von R. Ledermann - Berlin und S. Blasch - Potsdam. In dem I. allgemeinen Teil stellen die Verfasser das Wichtigste aus der Litteratur zusammen, das in dem erwähnten Zeitraume über Härtung, Fixierung, Einbettung, Gefrierschnitte und Färbetechnik geschrieben worden ist.

Der II. spezielle Teil behandelt die Anatomie der Haut und zwar 1. die Oberhaut mit ihren tinktoriellen Verschiedenheiten, dem Relief der Hornzellen; die Verhornung und die Ernstschen Keratingranula; Herxheimers Spiralen resp. Ranviers Protoplasmafasern; das Eleidin und Keratohyalin nach Buzzis, Dreysels und Opplers Untersuchungen; 2. die Cutis und Subcutis mit ihren Mastzellen, Plasmazellen, elastischen Fasern, neugebildeten Bindegewebsfasern.

Die Histologie der Haut, wie die Darstellung ihrer verschiedenen Bestandteile werden von den Verfassern an der Hand der einschlägigen neuesten Litteratur ausführlich beschrieben, eine mühsame aber dankenswerte Arbeit, die dem mikroskopierenden Dermatologen ein willkommenes Hülfsmittel sein wird.

V. **Strichförmige Hautausschläge am Bein**, von L. Fischel und F. Pinkus - Berlin. Die Verfasser beschreiben drei Fälle.

Der erste Fall betraf eine 75jährige Frau, die vor einigen Monaten rauhe,

hornige, heftig juckende Knoten am rechten Knie, am Fufsrücken, an der Wade, an beiden Knöcheln bekam. Das linke Bein war in der Kniegegend in ähnlicher Weise befallen. Die Affektion bot das Bild eines Lichen ruber verrucosus dar. Die klinische Diagnose wurde durch die histologische Untersuchung eines excidierten typischen Knötchens bestätigt.

Von Interesse war der weitere Verlauf. Die Affektion setzte sich nach oben und unten fort, und zwar strichförmig in einem nach innen konvexen Bogen von der Gesäfsfalte bis zur Kniekehle; hier verbreiterte sich der Strich zu einer rhombischen Platte, von wo aus die Linie die Richtung an der Hinter- und Aufsenseite zur Kleinzehenseite nahm.

In dem zweiten Falle, der ein 20jähriges, hochgradig chlorotisches, stark nervöses Mädchen betraf, handelte es sich um eine in das Gebiet des Lichen chronicus (Neurodermitis) linearis (Touton) gehörende Erkrankung. Dieselbe begann vor einem halben Jahre mit einem juckenden Ausschlage am äufseren Rande der linken Kniekehle und dehnte sich rasch nach unten aus. Gegenwärtig sieht man vom hinteren Teile der Genitocruralfalte in der Mittellinie des Oberschenkels beginnend einen scharf prominierenden, schmalen, aus glatten und rauhen, chagrinartigen Knötchen bestehenden Streifen in nach aufsen konkavem Bogen nach dem Aufsenrand der Kniekehle sich hinziehen. Hier verbreitert er sich und verläuft nach vorn, aufsen, unten zum Epicondylus externus tibiae, dann sehr verbreitert abwärts an der Aufsenseite des Wadenmuskels zum Malleolus externus. Mehr isolierte Knötchen sieht man noch auf dem Fufsrücken. In der unteren verbreiterten Partie hat die Affektion das Aussehen eines chronischen Ekzems, bildet bräunlich-gelbe, nicht ganz scharf abgesetzte, undeutlich rundlich begrenzte Flächen von derber, mit Knötchen besetzter Haut (Lichenisation), die hier und da aufgekratzt ist und näfst (Ekzematisation).

Der dritte Fall, ein strichförmig angeordneter Lichen scrophulosorum, zeigte dieselbe Verlaufsrichtung an der Hinterseite des Oberschenkels, aufsen am Knie herum zur Hinter- und Aufsenseite des Unterschenkels.

Ob dieser allen drei Fällen gemeinsame Verlauf mit einer der bekannten Voigtschen Linien oder mit dem Verlauf und den Grenzen der Haarströme genau übereinstimmt, mag zweifelhaft sein. Eher läfst sich eine gewisse Übereinstimmung mit den Langerschen Spaltrichtungen, wie die Verfasser glauben, konstruieren.

VI. **Beiträge zur Kasuistik seltener blennorrhoischer Erkrankungen,** von Julius Heller-Charlottenburg. Der Verfasser beschreibt nach einer Zusammenstellung der bisher in der Litteratur publizierten analogen Fälle die Krankengeschichte eines Falles von Myositis blennorrhoica bei einem 24jährigen jungen Manne, der im November 1899 Syphilis acquirierte und in den nächsten Monaten mit Sublimatinjektionen, dann mit Salicylquecksilbereinspritzungen, dann mit einer Schmierkur behandelt wurde und schliefslich noch sechs Wochen lang einen Mercolintschurz trug. Von Juni 1901 schienen keine Syphilisrezidive mehr aufzutreten. August 1901 holte sich der Patient eine Blennorrhoe, dann am 21. Dezember eine zweite und am 3. Januar 1902 eine dritte frische Blennorrhoe. Am 14. Januar stellten sich plötzlich nachts in der rechten Schulter starke Schmerzen ein, die bis zum Ellenbogen ausstrahlten. Das Schultergelenk war auf Druck nicht sehr schmerzhaft. Nach drei Tagen waren die Erscheinungen geschwunden. Acht Tage später erkrankte in derselben Weise das linke Schultergelenk. Gleichzeitig wurde eine Schwellung der Muskulatur des linken Armes wahrgenommen. Unter der normalen, nicht geröteten, leicht verschieblichen Haut war ein hartes, grofses Infiltrat zu fühlen, das auf Druck sehr empfindlich war. Die Geschwulst vergröfserte sich noch etwas in den nächsten Tagen und verursachte dem Patienten namentlich in der Nacht intensive Schmerzen.

Fieber war nicht vorhanden. Die Bewegung des Schultergelenks war sehr schmerzhaft und deshalb herabgesetzt.

Der Zustand besserte sich bedeutend unter interner Darreichung von Jodkalium, äufserlicher Applikation von feuchten und trockenen heifsen Umschlägen, Ruhigstellung des Armes durch Binden. Das Infiltrat war bis zum 16. Februar völlig verschwunden. Eine Behinderung der Beweglichkeit des Schultergelenks bestand noch am 1. März.

Der Verfasser bemüht sich, im folgenden zu beweisen, dafs die Myositis keine syphilitische, sondern eine blennorrhoische gewesen sei. Als Argument gegen Syphilis wird sogar die gute, rasche Wirkung des Jodkaliums herangezogen. Die Frage eines rein rheumatischen Charakters der Muskelentzündung ist für die Differentialdiagnose gar nicht in Betracht gezogen worden.

Der Verfasser beschreibt sodann einen Fall von polymorphem, blennorrhoischem Exanthem bei einem 22jährigen Studenten, der acht Tage nach einer blennorrhoischen Neuinfektion plötzlich unter Schüttelfrosten, hochgradigem Fieber, Mattigkeit, dick belegter Zunge und schlechtem Allgemeinbefinden schwer erkrankte und über Schmerzen in allen gröfseren Gelenken und in den Muskeln klagte.

Zwei Tage später entwickelte sich am Körper ein polymorphes Exanthem, das aus Elementen des Erythema nodosum, des Erythema multiforme, des Erythema iris, der Purpura zusammengesetzt war. Sechs Wochen dauerte das an Intermittens (tertiana) erinnernde Fieber. Auf den Verlauf desselben hatte die Behandlung und Nichtbehandlung der Harnröhrenaffektion keinen Einfluſs; ebenso versagten Chinin und Jodnatrium und eine methodische Schmierkur mit Argentum colloidale Crédé. Erst eine systematische Darreichung von Antipyrin brachte das Fieber zum Schwinden. — Gonokokken sind weder im Inhalte der Efflorescenzen, noch im Blute gefunden worden. Somit wird man das Exanthem nicht auf direkte Verschleppung von Gonokokken in die Haut, sondern vielmehr auf die von denselben gebildeten Toxine zurückführen müssen.

Verfasser stützt sich bei der Erklärung des Fiebertypus auf Lessers Hypothese. „Die Gonokokken erzeugen durch ihre Toxine Fieber; das Fieber wirkt ungünstig auf das Wachstum der Gonokokken, die Giftbildung und damit die Fiebererregung hört auf. Nunmehr erfolgt neues Wuchern der Gonokokken, der Zirkel beginnt von neuem. Das stets beobachtete Auftreten des Exanthems nach einem Fiebertage erlaubt die Vorstellung, dafs das Fieber die vasomotorischen Centren für die spezifische Giftwirkung ganz besonders empfänglich gemacht hat.“

Der dritte vom Verfasser beschriebene Fall ist ein 7jähriger, nicht an Blennorrhoe leidender Knabe mit spitzen Condylomen. Der jugendliche Patient hatte eine leichte, entzündliche Phimosis.

Die Eichel war mit einer blumenkohlartigen Wucherung bedeckt. In dem abgesonderten Sekret fanden sich keine Gonokokken. Abtragung der Wucherungen führte rasche Heilung herbei.

VII. **Über das Vorkommen des Bacterium coli commune bei postblennorrhoischer Urethritis**, von Reinhold Ledermann-Berlin. Verfasser beschreibt einen Fall bei einem 56jährigen Manne, bei welchem Monate nach einer frischen blennorrhoischen Infektion eine eitrige Entzündung der vorderen und hinteren Harnröhre und der Blase entstand. Die mikroskopische Untersuchung ergab die Anwesenheit des Colibacillus in Reinkultur in dem Sekret der vorderen Harnröhre, in den Filamenten und im Sediment des Harns. Eine Infektion durch instrumentelle Behandlung konnte für die Einschleppung nicht verantwortlich gemacht werden. Unter Urotropin innerlich und Janetschen Spülungen der ganzen Harnröhre und Blase mit

Sublimatlösung (1 : 30000—20000) besserte sich der Zustand, der bis dahin trübe Urin wurde klar, die Colibacillen verschwanden aus den Sekreten und Fäden, zeigten sich jedoch wieder, wenn auch in geringerer Menge, sobald mit den Sublimatspülungen nachgelassen wurde. Verfasser läfst es unentschieden, ob der Colibacillus der direkte Erreger des postblennorrhoischen Katarrhs war. Wahrscheinlich wäre dies schon, da mit der Abtötung des Pilzes auch die Erscheinungen der Entzündung zurückgingen.

Die Frage, ob derartige durch das Bacterium coli commune hervorgerufene Harnröhren- und Blasenentzündungen, bezw. die ohne solche bestehenden Bacteriurien eine Infektionsgefahr beim Geschlechtsverkehr bedingen, wird im allgemeinen verneint, da sich ja normalerweise bei Männern im Praeputium, bei Frauen in der Vulva Colibacillen vorfinden. Vielleicht entfalten diese jedoch erst auf einer durch blennorrhoische Erkrankung prädisponierten Harnröhrenschleimhaut eine pathogene Wirkung.

Für die Praxis ergiebt sich der Schlufs, dafs man nach Ablauf einer Blennorrhoe wegen der oft noch lange bestehenden Reizbarkeit der Schleimhaut nicht zu rasch den Geschlechtsverkehr gestatten solle.

VIII. **Praktische Methode der Prophylaxis des Trippers**, von Claudio Fermi-Sassari. Eine abortive, wirklich praktische Methode der Behandlung des Trippers sollte nach den Angaben des Verfassers folgenden Bedingungen entsprechen: a) es müfste eine wirksame, kurze, schmerzlose Behandlung sein, welche Komplikationen vorbeugt; b) welche erlaubt, weiter zu arbeiten und hier und da einem Gelüste des Gaumens zu fröhnen; c) die man bequem allein und heimlich durchführen kann, auch aufserhalb des Hauses, während der Arbeit; d) die nicht mit grofsen Ausgaben verbunden ist, so dafs event. die Gesundheitsbehörde leicht die Mittel gratis liefern kann.

Die heroische Methode, welche diesen Bedingungen entsprechen soll, besteht nach der Vorschrift des Verfassers aus zwei Teilen: 1. „Entfernung der Gonokokken und deren toxische Produkte aus der Harnröhre mittelst guter Auswaschung; 2. Erhöhung der Widerstandsfähigkeit der Urethra gegen die toxischen Produkte, um die entzündlichen Erscheinungen zu bekämpfen oder ihnen vorzubeugen."

Das erstere geschieht durch Waschung der Harnröhre. Man verfährt dabei folgendermafsen: „Man nimmt eine birnförmige Ballonspritze mit Gummi- oder Beinansatz (in diesem Falle sehr glatt) des Inhaltes von 100—200 ccm nicht zu stark konzentrierter Lösungen, welche wiederholte Ausspülungen erlauben, z. B. Kalium permanganicum 1 : 2000; Argent. nitr. 1 : 5—4000; Ichthyol 10—20‰ oder besser Protargol 2—3‰. Man führt den Ansatz in die Harnröhre ein und durch abwechselndes Drücken auf die Birne bei aufgerichtetem Penis und Nachlassen des Druckes bei gesenktem Penis gelingt es, die Flüssigkeit abwechselnd einzuspritzen und aufzusaugen, ohne etwas von ihr zu verlieren." Die Auswaschungen sind dreimal täglich 5—10 Minuten lang vorzunehmen, die erste am Morgen gleich nach dem Aufstehen, wobei zu beobachten ist, dafs man die Flüssigkeit der ersten Ausspülungen nicht durch die Spritze wieder aufsaugt, sondern wegfliefsen läfst.

Der zweite Teil der Methode, die Bekämpfung der Entzündungserscheinungen, geschieht in der Weise, dafs der Penis in erschlafftem Zustande mit einer Gazebinde oder einer anderen, waschbaren, feingewebten Binde nicht zu fest umwickelt und täglich 3—4 mal, besonders auch vor dem Schlafengehen, mit kaltem Wasser begossen wird.

„Die Wirkungen dieser Behandlung sind: a) eine Temperaturherabsetzung; b) das Fehlen oder das Verschwinden der Entzündungserscheinungen, infolgedessen die Urethritis fast unbemerkt ertragen wird; die Ausspülungen können auch gleich

beim Beginn der akuten Formen begonnen werden; c) selbst die event. etwas reizenden Einspritzungen sind erträglich; d) diese Behandlung ist ein wirksames prophylaktisches Mittel gegen die Urethritis posterior und andere Komplikationen (Balanoposthitis, Folliculitis, periurethrale Abscesse, Prostatitis, Epididymitis etc.)."

Verfasser hat diese Methode seit mehreren Jahren immer mit ausgezeichnetem Erfolge ausprobiert. Die nur im akuten Stadium behandelten Patienten heilten gewöhnlich in 12, sehr schon oft in 6—10 Tagen.

Innerlich wurden neben der lokalen Behandlung Balsamica und das Trinken von Milch oder alkalischen Getränken verordnet. Vor Beginn der Behandlung erhielt jeder Patient ein salinisches Abführmittel.

Den Patienten wurde jede geschlechtliche Erregung streng verboten. Die kalten, nassen Umschläge sollen, wenn das akute Stadium vorüber ist, nicht mehr lange fortgesetzt werden.

Verfasser hält seine Methode, die er die heroische Behandlung der Blennorrhagie bezeichnet, als die wirksamste und beste unter allen bisher üblichen Methoden. Sie ist absolut unschädlich und zeitigt keine Komplikationen; sie erzielt sichere Resultate und dauernde Heilung allerdings mit der Einschränkung, dafs sich die Patienten streng den Verordnungen des Arztes fügen.

IX. **Ergebnisse der phototherapeutischen Behandlung bei tuberkulösem Lupus des Gesichts,** von Leredde und Pautrier - Paris. Die Beobachtungen der Verfasser erstrecken sich auf einen Zeitraum von 14 Monaten (Oktober 1900 bis Dezember 1901) und stützen sich auf ein Material von 43 Patienten. Die Verfasser versichern und wollen beweisen, dafs

1. „gegenwärtig die Phototherapie die Methode der Wahl bei Lupus des Gesichts ist. Es behalten natürlich auch andere Methoden, so die chirurgische Absetzung des kranken Gebietes, die Galvanokaustik, die Skarifikation ihre speziellen Indikationen, jedoch ist jedenfalls jeder Lupus des Gesichts mittels der Lichtbehandlung heilbar und kann es auch dann noch sein, wenn andere Behandlungsarten fehlgeschlagen haben — vorausgesetzt, dafs die durch jene erzeugten Narben nicht den chemischen Strahlen den Weg verlegen;

2. im allgemeinen heute die Lichttherapie weniger lang und weniger kostspielig als jede andere Methode (die Radikalentfernung beiseite gelassen) erscheint."

Von den beobachteten 43 Patienten suchten zwei bald nach Beginn der Behandlung das Hôpital Saint-Louis auf, bei vier anderen erschien die Lichttherapie von vornherein als aussichtslos.

Von den übrigen 37 sind acht geheilt, wahrscheinlich auf immer. Um das Heilresultat als definitiv anzusehen, bedarf es noch einer längeren Beobachtungsfrist. Sieben Kranke sind fast geheilt, bedürfen jedoch noch einiger Überwachung.

Zehn Kranke zeigen eine ausgedehnte „segmentäre" Heilung, bei ihnen steht der bald zu erwartende Definitiverfolg aufser Frage.

Vier weitere Kranke bieten gleichfalls die Anzeichen segmentärer Heilung, indefs wird bei ihnen die definitive Herstellung noch auf sich warten lassen.

Bei fünf Kranken ist das Eintreten einer kompleten Heilung überhaupt nicht oder doch wenigstens erst nach sehr langer Behandlungszeit zu erwarten.

Von den 43 haben also 25 die Heilung erlangt oder werden sie noch erlangen, während sie vorher bereits Monate und Jahre mit anderen Methoden erfolglos behandelt worden waren. Die Zahl der Heilresultate ist dadurch beschränkt worden, dafs die infolge früherer langdauernder Skarifikationen und intensiver Galvanokauterisationen entstandenen Narbenstränge und diffusen oder umschriebenen Binde-

gewebshypertrophien ein Hindernis für die Aktion der chemisch aktiven Strahlen bildeten. Deshalb haben die Verfasser die Regel aufgestellt: „Skarifikationen und Galvanokauterisationen sollen heute, angesichts der Lichttherapie des Lupus nur während eines beschränkten Zeitraumes zur Anwendung gelangen dürfen."

Die Verfasser stellen einen sehr interessanten kritischen Vergleich der Finsenschen Methode mit anderen an und gelangen zu folgenden Schlufsergebnissen:

1. „Von allen gegenwärtig für die Lupusbehandlung in Frage kommenden Methoden giebt die Phototherapie das günstigste Heilungsverhältnis. Dieses günstige Verhältnis tritt besonders dann klar zu Tage, wenn man sich den Wirkungsmodus anderer Verfahren vor Augen führt. Die Phototherapie besitzt die bedeutendste Tiefenwirkung und ist die einzige Methode mit gleichmäfsigem Effekt.

2. Die Phototherapie liefert die schönsten kosmetischen Resultate, mit denen nur die Skarifikation einigermafsen zu rivalisieren vermag.

3. Die Phototherapie ist eine völlig schmerzfreie Behandlung. Ihre Dauer kann, von den oben erwähnten Gesichtspunkten aus, als eine im Verhältnis zu sonstigen Verfahren abgekürzte betrachtet werden (von Radikaloperationen natürlich abgesehen). Die bereits gefundenen Vereinfachungen und die, welche zweifelsohne nachfolgen werden, werden das Verfahren mehr und mehr Gemeingut der Patienten aller Stände werden lassen.

4. Nichtsdestoweniger soll auch der nach Finsen arbeitende Arzt in gewissen Fällen zunächst zu den Skarifikationen, Thermocausticis resp. der der Exstirpation rekurrieren.

5. Skarifikation und Galvanopunktur sollen indessen nur während eines beschränkten Zeitraumes zur Anwendung gelangen. Treten nach zwei bis drei Monaten Behandlung und ein bis zwei Monaten Pause noch zahlreiche Rezidive auf, so ist Lichttherapie indiziert. Allzulanger Gebrauch der vorgenannten Methoden nämlich produziert ein dichtes und unregelmäfsiges Narbengewebe, welches die Wirkung einer event. späteren Phototherapie beeinträchtigt."

X. **Ein Fall diffuser chronischer Talgdrüsenhypertrophie,** von A. Marullo-Berlin. Der Patient, ein Schreiber, hat die Affektion seit seinem dritten Lebensjahre. Befallen sind Nasenrücken, die der Nase benachbarten Teile des Gesichts und das Kinn. Sie sind der Sitz einer grofsen Anzahl stecknadelkopf- bis linsengrofser, teils normalfarbener, teils gelblichbrauner oder blafsrosa bis tiefrot gefärbter, derb elastischer, glatter, zumeist glänzender, kleiner Tumoren, aus denen sich durch seitlichen Druck ein Sekretpfropf exprimieren läfst. Die Efflorescenzen sind im Gesicht in Schmetterlingsform gruppiert, welche an Lupus erythematodes erinnert. Vereinzelt sieht man kleine Tumoren auch an der Stirn und an der Unterkinngegend. Am Halse sieht man einzelne gestielte Exemplare, welche genau das Bild des Lipoma pendulans darbieten.

Die mikroskopische Untersuchung hat ergeben, „dafs es sich im vorliegenden Falle um eine chronische, verbreitete, einfache Hypertrophie des Talgdrüsengewebes handelt, welche in Form kleiner, circumscripter Tumoren über das Gesicht zerstreut ist. Das histologische Bild, welches, bis auf das Freibleiben des Gefäfssystems, an das Rhinophym erinnert, zeigt keinerlei proliferative Epithelbildungen, die zur Bezeichnung Adenom oder Epitheliom Anlafs geben könnten." Mit „Adenom" sollte man nur solche drüsenähnliche Gebilde bezeichnen, welche funktionslos sind. Fälle jedoch, wie der vorliegende, bei welchen das mikroskopische Verhalten den Schlufs auf noch vorhandene Funktion zuläfst, verdienen besser die Bezeichnung Drüsenhypertrophien. Klinisch und histologisch erinnert der Fall an Casparys Adenoma sebaceum, auch an Jadassohns Naevus sebaceus. Für letzteren fehlt hier nur der Nachweis eines kon-

genitalen Ursprunges und die scharf umschriebene, symmetrische Anordnung der Efflorescenzen.

XI. **Das Atoxyl (Metaarsensäureanilid), ein neues Arsenpräparat, und dessen dermatotherapeutische Verwendung,** von W. Schild-Berlin. Das Atoxyl ist eine Verbindung von der Zusammensetzung $C_6H_8NO_3AsC_6H_5NHAsO_3$; es enthält somit 37,69% As, etwa halb so viel wie die arsenige Säure (As_2O_3). „Es stellt ein weifses geruchloses Pulver von schwach salzigem Geschmack dar, welches sich in warmem Wasser bis zu 20% löst, wovon aber beim Erkalten etwa 2% in Form wasserheller Krystalle wieder ausfallen. Die wässerigen Lösungen nehmen bei längerem Stehen eine leicht gelbliche Färbung an, ohne dafs jedoch eine Zersetzung stattfindet, ebensowenig geschieht dies beim Kochen. Das Atoxyl ist vielmehr ein sehr beständiger Körper, der die typischen Arsenreaktionen nicht mehr zeigt und wohlcharakterisierte Salze bildet."

An Kaninchen erprobt, erwies es sich als zwanzigmal weniger giftig, als ein gleiches Quantum der arsenigen Säure.

Beim Menschen wurde als die zweckmäfsigste Einverleibungsmethode die hypodermatische erkannt und hierfür eine 20%ige etwas angewärmte Lösung benutzt. Davon werden bei der ersten Injektion nur zwei Teilstriche der Pravazschen Spritze (= 0,04), bei der zweiten Injektion vier Teilstriche u. s. w. gegeben, so dafs bei der fünften Injektion eine volle Spritze (= 0,2) injiziert wurde. Diese Dosis wurde dann bis zur Beendigung der Kur beibehalten. Die ersten fünf Spritzen wurden in eintägigen, die folgenden in zweitägigen Zwischenräumen verabreicht.

Höhere Dosen können Nebenerscheinungen hervorrufen, die in Frösteln, Schwindel, Kopfschmerz und Kratzgefühl im Halse bestehen, die jedoch nach Aussetzen des Mittels in ein bis zwei Tagen wieder völlig verschwinden.

Die Injektionen wurden wie eine Quecksilber- oder Morphiumeinspritzung ausgeführt; d. h. die Spritze wurde mit Karbolwasser ausgespritzt und die Haut mit einem Karbolbäuschchen gut gereinigt. Die Injektionen, ob intramuskulär, intravenös oder subcutan appliziert, wurden in gleicher Weise gut vertragen.

An 75 Patienten wurde die Heilwirkung des Atoxyls erprobt. Nur bei 18 von diesen kam das Mittel unter Ausschlufs jeder anderen Therapie zur Anwendung, nämlich in einem Falle von Xanthoma multiplex diabeticorum, drei mit Psoriasis und 14 mit Lichen ruber.

Der Fall von Xanthoma war nach 22 Injektionen geheilt.

Die Psoriasisfälle besserten sich deutlich unter den Injektionen; ein vollständiges und dauerndes Verschwinden aller Efflorescenzen wurde jedoch nicht erzielt. Zur Unterstützung und Beschleunigung einer äufserlichen Psoriasiskur ist das Mittel sehr empfehlenswert. Von den 14 Lichen ruber-Fällen sind zur Zeit neun bereits vollkommen geheilt, die übrigen, mit Ausnahme eines stark veralteten Falles zeigen eine rasch und sicher fortschreitende Besserung. Etwa nach der 8.—10. Injektion verschwindet das intensive Jucken. Die Durchschnittszahl der zur völligen Heilung erforderlichen Injektionen betrug bisher 27 in einem Zeitraum von 50 Tagen.

Verfasser sieht in der Behandlung mit Atoxylininjektionen einen erwünschten Fortschritt auf dem Gebiete der Arsentherapie. *C. Berliner-Aachen.*

Monatsberichte für Urologie.

Band 7, Heft 3.

Über Pyelitis und Pyelonephritis auf Grund von Blennorrhoe, von Bernhard Marcuse. Die aus Caspers Klinik und Poliklinik stammende Arbeit erörtert

das vorliegende Thema unter ausführlicher Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur in eingehendster Weise. Der erste Abschnitt behandelt den Nachweis des Zusammenhanges der Pyelitis mit Blennorrhoe und die Abgrenzung der Pyelitis gegenüber der Cystitis und Nephritis, wobei neben allen klinischen Momenten natürlich auch die Cystoskopie in ihrem Werte gewürdigt wird. Die Albuminurie und parenchymatöse Nephritis bei Blennorrhoe erörtert Verfasser im zweiten Teil der Arbeit. Die Hauptschwierigkeit bildet hier die Beurteilung des Verhältnisses des Eitergehalts zum Eiweifsgehalt. In weiteren Abschnitten werden dann die Wege der Infektion, die prädisponierenden Momente geschildert; kasuistische Mitteilungen machen den Schlufs. Die von Casper geübte Therapie geht aus letzteren hervor. Die Spülungen des Nierenbeckens und Ureters werden jeden siebenten Tag mit 1‰igen Arg.-Lösungen ausgeführt, aber erst dann, wenn keine Neigung zur spontanen Heilung der Pyelitis vorhanden ist, oder wo hohes Fieber, unerträgliche Beschwerden bestehen. Reichlicher Genufs abgekochten Wassers ist bei Pyelitis indiziert, schädlich dagegen sind Balsamica und sonstige interne Mittel, welche durch die Nieren zur Ausscheidung kommen (welche sonstigen Mittel? Salicylpräparate, vielleicht auch Urotropin etc. dürften doch wohl vertragen werden. D. Ref.). Bettruhe ist bei Pyelitis ohne Beteiligung der Niere nach Ablauf der akuten Reizerscheinungen nicht absolut notwendig, aber wünschenswert. Prophylaktisch sind forcierte tiefere Gewebsschichten, höhere Abschnitte des Harntractus gefährdende Behandlungsmethoden zu meiden. Bei cystitischen Reizsymptomen sind Balsamica kontraindiciert (doch wohl nur bei pyelitischen? D. Ref.), dagegen Narcotica am Platze. Statt instrumenteller Spülung von der Urethra giebt man, solange die Nieren intakt erscheinen, viele indifferente Getränke. Instrumente sind sorgsam zu reinigen. Obstipation mufs bekämpft, jede Läsion der Rectalschleimhaut bei der Prostatamassage vermieden werden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1902. Heft 4.

Über die Botryomycosis humana, von E. Bodin-Rennes. Verfasser berichtet über zwei Fälle dieser noch selten beobachteten Krankheit.

In dem einen Fall safs die Neubildung auf der Rückenfläche des rechten Daumens, im anderen an der Vorderfläche des linken Mittelfingers. Eine leichte Verletzung war nur in dem einen Fall nachweislich voraufgegangen; beide Male war die Geschwulst etwa haselnufsgrofs und durch einen breiten Stiel mit ihrer Unterlage verbunden. Histologisch handelte es sich um junges Bindegewebe, das überaus reich an Gefäfsen war, welche kreuz und quer verliefen und sehr zarte Wände hatten.

Von den sogenannten Botryomyces konnte Verfasser keine Spur entdecken und die bakteriologische Ausbeute beschränkte sich auf eine Kokkenform, die in allen wesentlichen Punkten mit dem Staphylococcus aureus übereinstimmte.

Der weitere Teil der Arbeit ist einer kritischen Besprechung der Ansichten über Wesen und Natur der menschlichen Botryomykose gewidmet. Ist der von allen Untersuchern gefundene Coccus spezifisch für die Neubildung oder nicht? B. schliefst sich, unter eingehender Begründung seines Standpunktes, denjenigen an, die den genannten Coccus mit dem Staphylococcus aureus identifizieren und in der Botryomykosis humana nichts anderes als Fleischwucherungen (bourgerus charnus) erblicken, diese entstehen unter dem Einflufs des Staphylococcus aureus und verdanken ihre gestielte Form vermutlich dem Boden, auf dem sie wachsen.

Türkheim-Hamburg.

Arbeiten aus der Klinik für Dermatologie und Syphiligraphie zu Toulouse.
Heft V. 1899—1901.

1. **Die eitrigen blennorrhoischen Nebenhodenentzündungen,** von Laurent. Akute blennorrhoische Nebenhodenentzündung mit Ausgang in Eiterung ist in der gesamten Litteratur bisher nur in sechs Fällen beschrieben worden; dazu kommen zwei in der Toulouser Klinik behandelte Fälle. Auf Grund dieser acht Beobachtungen, von denen das Wesentliche im einzelnen kurz mitgeteilt wird, schildert L. die Affektion in folgender Weise: Im Verlaufe akuter blennorrhoischer Nebenhodenentzündungen, wenn der entzündliche Prozefs schon im Rückgange begriffen zu sein scheint, stellen sich manchmal unter unregelmäfsigen abendlichen Temperatursteigerungen schwere Störungen des Allgemeinbefindens, Appetitlosigkeit und rapide Abmagerung, sowie aufserordentlich heftige Schmerzen im Scrotum ein. Alsbald fühlt man an der Cauda, seltener am Caput des Nebenhodens einen kleinen Tumor, der mit der darüberliegenden geröteten und geschwollenen Haut verklebt ist und nach kurzer Zeit Fluktuation erkennen läfst. In leichteren Fällen sind die Allgemeinerscheinungen nicht heftiger als bei der akuten blennorrhoischen Epididymitis überhaupt; auch in solchen Fällen findet man stets, dafs der grofse und harte Nebenhoden mit der darüberliegenden Haut adhärent ist, Fluktuation läfst sich oft erst nach einiger Zeit nachweisen. Der Abscefs bricht, wenn nicht sehr bald incidiert wird, nach aufsen durch; wahrscheinlich kann er sich aber auch einen Weg in die Tunica vaginalis oder in den Hoden bahnen und dann Nekrose des Hodens bewirken. Sowohl bei der Incision wie beim spontanen Durchbruch können Nebenhodenschläuche prolabieren, doch scheint das eine Ausnahme zu sein. Nach der Entleerung des Eiters tritt gewöhnlich ohne weiteres Vernarbung ein; das Allgemeinbefinden hebt sich sehr rasch. Die histologischen Veränderungen konnten in den beiden in der Toulouser Klinik behandelten Fällen, in denen wahrscheinlich wegen Verdachts auf Tuberkulose die totale Resektion des Nebenhodens gemacht wurde, studiert worden. Es ergab sich, dafs die Eiterung vollständig extratubulär ist; sie geht in dem die Nebenhodenschläuche umgebenden Bindegewebe vor sich und zwar sind die Entzündungsherde stets und ausschliefslich rings um die Lymphgefäfse lokalisiert. Das Epithel der Schläuche nimmt an der Eiterung nicht teil, an denselben ist lediglich der Verlust der Flimmerhärchen und eine mehr oder weniger starke Abflachung zu erkennen. In allen Fällen, in denen eine genaue mikroskopische Untersuchung des Eiters vorgenommen wurde, fanden sich Gonokokken in Reinkultur. Dieselben können entweder durch die Schleimhaut hindurch oder auf dem Blutwege oder, was mindestens sehr häufig zu sein scheint, auf dem Lymphwege in den Hoden gelangen. Die speziellen Ursachen für die Eiterbildung sind nicht in äufseren Momenten, sondern im infektiösen Agens selbst zu suchen. Bei der Stellung der Diagnose ist zu berücksichtigen, dafs die akute Tuberkulose des Nebenhodens, die nicht selten im Verlaufe einer akuten Blennorrhoe einsetzt, in ihrem klinischen Bilde der eitrigen blennorrhoischen Epididymitis aufserordentlich ähnlich ist. Was die beiden Affektionen am sichersten unterscheidet, das ist der Verlauf nach der Eiterentleerung; derselbe gestaltet sich bei Tuberkulose gerade entgegengesetzt dem Verlaufe bei der eitrigen blennorrhoischen Entzündung. Die Prognose ist wie bei allen durch den Gonococcus hervorgerufenen Eiterungen günstig. Die Erhaltung der Funktion ist davon abhängig, dafs der Abscefs auf das Bindegewebe des Nebenhodens beschränkt bleibt. Die Therapie besteht in frühzeitiger Incision. In zweifelhaften Fällen, in denen es sich um den Beginn einer Tuberkelbildung zu handeln scheint, oder wenn mehrere ausgedehnte Abscesse vorhanden sind, kommt die totale Resektion des Nebenhodens in Frage.

2. **Über eine eigentümliche Hyperchromatose in Form centrifugaler Flecken des Gesichts**, von Ch. Audry. Der Verfasser konstatierte bei einer 23jährigen, gesunden Frau, die nie Medikamente eingenommen hatte, eine eigenartige, ausschliefslich auf das Gesicht beschränkte Hautaffektion, die vor 7 Monaten, im Oktober, mit der Bildung einer kleinen, wasserklaren, stark juckenden Blase auf der Oberlippe begonnen hatte. Die Blase platzte nach zwei Tagen und hinterliefs eine kleine, braune, dünne Kruste, um welche alsbald ein brauner Pigmenthof entstand. Die Kruste fiel nach drei Tagen ab, an ihrer Stelle zeigte sich ein kleiner weifser Flecken. Der Pigmenthof breitete sich in der Folge langsam excentrisch aus, während der centrale weifse Flecken, sich nach allen Richtungen hin vergröfsernd, immer mehr auf die Zone der Hyperchromatose übergriff. Diese Folge von Erscheinungen wiederholte sich während der nächsten sieben Monate, also während des Herbstes und Winters, immer wieder, so dafs zahlreiche Partien der Gesichtshaut verändert wurden; zur Zeit der Untersuchung durch den Verfasser liefsen sich an den verschiedenen Stellen die einzelnen Phasen des Prozesses deutlich erkennen. Die Haut des übrigen Körpers war vollständig normal. Applikation einer Chrysophansäure und Resorcin enthaltenden Salbe bewirkte Braunfärbung der ganzen Gesichtshaut. Der weiteren Behandlung entzog sich die Frau. — Eine Erklärung für diese merkwürdige Pigmentanomalie vermag Audry nicht zu geben.

3. **Über die Toxicität des Urins und die Durchgängigkeit der Nieren bei der Syphilis**, von Soual. Nach dem Ergebnis der bei 19 Syphilitikern vorgenommenen Untersuchungen ist während der ersten zwei Jahre der Krankheit, gleichviel welches Stadium der Syphilis jeweils vorliegt, die Toxicität des Urins gegenüber der Norm mehr oder weniger vermindert. Die Verminderung der Harngiftigkeit ist nicht verursacht durch eine verminderte Durchgängigkeit der Nieren; denn die letztere erschien bezüglich des Beginnes und der Dauer der Methylenblauausscheidung, bezw. der Phloridzin-Glykosurie normal, dagegen kamen Unterbrechungen in der Ausscheidung zur Beobachtung. Die Einverleibung von Quecksilber hat ebenso wie die Verabreichung von Jod keinen Einfluſs auf den Grad der Harngiftigkeit.

4. **Über das Verhältnis der Ausscheidung von Chlornatrium zur Ausscheidung von Harnstoff im Urin der Syphilitiker**, von Soual. S. hat beobachtet, dafs das Verhältnis der Ausscheidung von Harnstoff zur Ausscheidung von Chlornatrium, das sich im Urin gesunder Menschen bei gemischter Kost regelmäfsig wie 1 : 0,5 stellt, bei Syphilitikern 1 : 0,7 — 1 : 1,6 beträgt, d. h. dafs bei Syphilitikern die Kochsalzausscheidung gegenüber der Norm beträchtlich vermehrt ist. S. hält diese Thatsache für beachtenswert. Nach Gautrelet führt die Vermehrung der Kochsalzausscheidung zu einer chemischen Änderung des Organismus und macht denselben geeignet für die Ansiedelung und Entwickelung der Tuberkelbacillen; ebenso kann die vermehrte Kochsalzausscheidung auch für die Entwickelung der Lues von Wichtigkeit sein.

5. **Über einen Fall von Erythema multiforme bullosum und die bei demselben gefundene Leukocytenzahl**, von Dalous. Kurze Beschreibung eines typischen Falles von Erythema multiforme mit Blasenbildung. Die Affektion hatte bei einer Gravida wenige Tage vor der Entbindung begonnen und sich unmittelbar post partum über die ganze vordere Fläche des Körpers ausgebreitet. Die Eruption wurde weder von Fieber, noch von gastro-intestinalen Störungen, noch auch von Kopfschmerzen begleitet. Die Blutuntersuchung ergab 390600 rote und 15500 weifse Blutkörperchen pro Cubikmillimeter; von den letzteren waren 68% polynukleäre, 17% Lymphocyten, 11% mononukleäre und 4% eosinophile Leukocyten.

6. **Über einen Fall von Lichen circumscriptus**, von Ch. Audry. Bei einem 24jährigen Mädchen traten, von einem seit 12 Jahren bestehenden Lichenherde am Nacken ausgehend, unter heftigem Jucken plötzlich neue Lichenknötchen auf, die sich in kreisförmigen Linien rings um gesunde Haut aneinanderreihten, so daſs vollständig normale Hautstellen wie von einer runden Lichenmauer umgeben schienen. Zehn Tage nach Vollendung der Eruption war die ganze Hautpartie pigmentiert und leicht lichenifiziert.

7. **Psoriasis universalis nach einer Gemütsbewegung**, von Ch. Audry. Bei einem 30jährigen Manne, der nie an einer Hautkrankheit gelitten hatte, trat unmittelbar nach einer heftigen Aufregung starkes Jucken und am folgenden Tage eine Eruption von Psoriasis nummularis auf, die sich im Verlaufe von wenigen Tagen über den ganzen Körper ausbreitete.

8. **Durch das Korsett hervorgerufene hypertrophische Narben**, von Ch. Audry. Der Verfasser fand bei einem 19jährigen Mädchen in der Höhe der Spinae iliacae entsprechend dem unteren Rande des Korsetts auſser einer leichten Melanodermie auf jeder Seite eine 4—5 cm lange, erhabene, keloidähnliche Narbe.

9. **Über die circumscripten Formen der Dermatitis herpetiformis**, von Ch. Audry. Kurze Mitteilung über einen Fall von Dermatitis herpetiformis, der zuerst auf der Streckseite des rechten Vorderarmes und der Dorsalfläche der rechten Hand lokalisiert war und nach einigen Jahren auch die entsprechenden Partien der linken oberen Extremität ergriff, während sich gleichzeitig die Eruption auf den ursprünglich erkrankten Stellen wiederholte. Unter Verabreichung von Arsenik und Anlegung von Verbänden heilten die Efflorescenzen im Verlaufe von 14 Tagen ab; nur das Jucken dauerte fort. *Götz-München.*

Bücherbesprechungen.

Festschrift zur Feier des 50jährigen Bestehens des ärztlichen Vereins Nürnberg. 1852—1902. Kgl. bayr. Hofbuchdruckerei G. P. J. Bieling-Dietz, Nürnberg, 1902. Das umfangreiche, über 500 Seiten starke Werk giebt ein lebendiges Zeugnis von dem regen kollegialen — wie die historische Darstellung lehrt — und wissenschaftlichen Geiste, welcher die Ärzte Nürnbergs seit einem halben Jahrhundert beseelt und ihnen unter der Ärzteschaft Deutschlands einen bekannt guten Klang verschafft hat. Ebenso wie die berühmten Hamburger u. a. Veröffentlichungen beweist auch dieses Buch, daſs auch in Städten, welche nicht über Universitätskliniken verfügen, der deutsche Forschungstrieb prächtige Blüten und Früchte zeitigt. Referent muſs sich hier auf diejenigen Arbeiten des Werkes beschränken, welche vor allem für die Leser der *Monatshefte* Interesse bieten, aber kann nicht umhin, auf die verschiedenen anderen Arbeiten, besonders jene hygienischen Inhalts, aufmerksam zu machen.

Den Reigen der wissenschaftlichen Artikel eröffnete das jüngst verstorbene Ehrenmitglied des ärztlichen Vereins Nürnbergs, von Ziemssen-München: **zur Phototherapie.** In seiner leichten, eleganten Schreibweise giebt er einen kurzen Überblick über die hervorragenden Erfolge, welche bis jetzt sowohl die Finsensche Behandlung wie die Röntgenstrahlen bei einer Anzahl von Hautkrankheiten geliefert haben; beide

Strahlenarten ergänzen sich nach Z.s Ansicht in gewisser Weise und können vielfach auch für einander eintreten. Die Ersetzung des Kohlen- durch den Eisenlichtbogen hat den unschätzbaren Vorteil eines kalten Lichtes gebracht, ferner enthält der Eisenlichtbogen fast nur chemisch wirksame, d. h. ultraviolette Strahlen und erfordert nur eine Stromstärke von 5—6 Ampère zu seiner Entwickelung. Es ist aber nicht zu verhehlen, dafs die Technik bei beiden Bestrahlungsarten (nach Röntgen und Finsen) Schwierigkeiten bietet und Zeit, sowie auch Geld erfordert. Im Münchener Krankenhause C. D. I. sind die besten Einrichtungen zur Lichttherapie vorhanden, sie wurde bei Flächenerkrankungen der Haut (akuten und chronischen Ekzemen, Psoriasis, Mycosis fungoides etc.), bei rein parasitären Affektionen (Favus, Herpes tonsurans, Pityriasis versicolor, Sycosis etc.) angewandt. Mehrere Fälle von Lupus heilten teils unter Finsen-, teils unter Röntgen-Behandlung sehr schön aus, ebenso unter letzterer allein 2 Fälle des bei uns so seltenen Favus. Die Wirkung bei Ekzemen, chronischen Entzündungen aller Art mit alten Ulcerationen ist sehr befriedigend, sofort Schmerz und Jucken mildernd, die Bestrahlung inoperabler Brust- und Hautkrebse hat zuweilen den Nutzen gebracht, dafs die Schmerzhaftigkeit entschieden zurückgegangen und der Schlaf besser geworden ist. v. Z. sprach schliefslich die Hoffnung aus, dafs bei ausgedehnterer Anwendung der Phototherapie bald präzisere Indikationen aufgestellt werden würden.

133 Fälle tertiärer Hautsyphilis. Statistisches und anderes, von E. Epstein E. hat seit Juli 1887 in Nürnberg 1310 Fälle von Syphilis beobachtet, darunter 133 Fälle von tertiären Hautsyphiliden. Aus verschiedenen, seiner Erfahrung entspringenden Gründen und den Litteraturangaben glaubt er jedoch, dafs der Tertiarismus weit häufiger sei, als bisher angenommen wurde, er dürfte mehr als 20% aller Syphilisfälle betragen. E.'s weitere Schlüsse sind folgende: Die tertiäre Syphilis ist schon im zweiten Jahre nach der Infektion eine häufige Erscheinung. Sie erreicht ihren höchsten Stand im 3. bis 6. Jahre, in die ersten 10 bis 12 Jahre fällt weitaus das Gros aller Spätfälle. Die unvermittelte Spätsyphilis ist eine Thatsache von grofser, noch nicht genug gewürdigter Wichtigkeit; sie beträgt etwa 30% aller Spätfälle, bei Männern 10—20, bei Frauen gar 50%. Die wirksamste Vorbeugung des Tertiarismus besteht in gründlicher und ausgiebiger Hg-Behandlung während der Frühperiode. Die Spätsyphilis rezidiviert sehr häufig. Auch diesen Rezidiven gegenüber bewährt sich als prophylaktisches Mittel nur das Quecksilber.

Fibrom im Labium majus, von Hofrat W. Merkel. Bei dem 20jährigen Fräulein hatte sich bereits vom 10. Lebensjahre an eine Schwellung der linksseitigen Geschlechtsteile entwickelt, welche stetig zunahm, allmählich durch ihre Gröfse jede körperliche Bewegung und Arbeit hinderte und schliefslich als grofse (2 Faust dicke), knollig-höckerige, sehr derbe Geschwulst an den rechtsseitigen Genitalien herunterhing. Die Menstruation war ohne Einflufs auf die Geschwulst. Die operative Entfernung konnte natürlich nur in Betracht kommen; nach derselben erwies sich die Geschwulst als knolliges Fibrom. Bezüglich der Entstehungsart dieser, in dieser Form und Gröfse an diesem Orte seltenen Neubildungen nimmt M. den Stand Kleinwächters u. a. ein, welche als Ausgangspunkt derselben das Bindegewebe oder die Muscularis des Septum rectovaginale oder vesicovaginale mit nennen; im vorliegenden Falle sei jedoch wahrscheinlich auch das Ligamentum rotundum als Ausgangspunkt mit beteiligt gewesen.

Klinische Beiträge zur paraurethralen und präputialen Blennorrhoe, von J. Neuberger. Nach einem litterarischen Überblick über die Blennorrhoe der paraurethralen und präputialen Drüsengänge, deren Bedeutung nach N.s Ansicht noch zu wenig gewürdigt werde und die bekannter gemacht zu haben, das Verdienst Toutons ist, bespricht N. seine eigenen Beobachtungen, wovon er 4 Fälle genauer beschreibt.

Bei sämtlichen verliefen diese feinen Drüsengänge genau in der Raphe penis, während sie sonst häufiger neben oder schräg über derselbe verlaufen; entwickelungsgeschichtlich bildet die Raphe penis den Verschluss des Penis; wenn dieser kein fester und dichter ist, kann es zur Bildung der feinen Gänge kommen, die dann späterhin die Möglichkeit zu blennorrhoischer Erkrankung bieten. In zweien der obigen Fälle waren in der That diese paraurethralen Gänge, aus welchen sich der Eiter herauspressen und untersuchen läfst, der alleinige Sitz der Blennorrhoe und die Harnröhre ganz frei von derselben. Die Fälle III und IV lehrten sodann, dafs nur an den gewulsteten Partien der Raphe die gangartigen Gebilde vorhanden waren. Als besonders beachtenswert führt N. die Thatsache an, dafs dieselben leichter als die Harnröhre selbst an Blennorrhoe erkranken, da ihre Lagerung beim Coitus an und für sich eine besonders exponierte sei; bei der Leichtigkeit einer eventuellen Übertragung wäre daher die Kenntnis derartiger Affektionen bei allen Ärzten eindringlichst zu wünschen, aber sogar in den neuesten Auflagen der einschlägigen Litteratur würden diese Prozesse nur sehr summarisch behandelt. Differentialdiagnostisch kommen andere Erkrankungen kaum in Betracht, da im allgemeinen nur die Blennorrhoe solche strangartige Gebilde bedingt. Jedenfalls ist die mikroskopische Untersuchung des ausgepreßten Sekrets notwendig, da auch einfach entzündliche Prozesse dieser Drüsengänge vorkommen. Bezüglich der Therapie ist zwar die Exstirpation dieser Gebilde das einfachste und radikalste Mittel, welches N. auch in 2 Fällen erprobte; zuweilen tritt jedoch Spontanheilung ein, die durch ständige Sekretexpression beschleunigt werden kann; als weiteres vortreffliches Heilmittel bewährte sich schliefslich die ständige Applikation von Salicylseifenpflaster, welche in einem Falle nach 2½ Wochen zur völligen Heilung führte.

Über das septische Exanthem, von Hofrat Schilling. Sch. war einer der ersten, welcher schon vor vielen Jahren das Entstehen einer abgeschwächten Pyämie infolge eitriger Mittelohrentzündungen, Anginen u. s. w. dargethan hat; als eine Begleiterscheinung dieser septischen Allgemeininfektionen wurden dann häufig Exantheme verschiedener Art konstatiert. Sch. teilt hier 6 Fälle mit, bei welchen derartige Hautausschläge entstanden sind; in zweien der Fälle war der Ausgangspunkt der schweren Allgemeinerkrankung eine gewöhnliche, einfache Angina, bei der aber schon je die beträchtliche Schwellung der Submaxillardrüsen auf Streptokokkeninfektion hinwies, in einem weiteren Falle war die Angina lacunaris das die Septikämie veranlassende Moment. In den 3 Fällen, ebenso in einem vierten, wo die Allgemeininfektion von einer Zahnextraktionswunde ausging, war ein fast über den ganzen Körper verbreitetes Erythem mit teilweise lange währender Abschuppung (scharlachähnlich) vorhanden. In den 2 weiteren Fällen bestanden ausgedehnte Hauthämorrhagien, bei dem einen war die Pyämie in kausalem Connex mit einem Empyem der Gallenblase aufgetreten, in dem anderen mit einer eitrigen Otitis media. Die Lokalisierung des septischen Giftes in der Haut ist auch nach vieler anderen Autoren (Heubner, Lewin, Litten u. s. w.) Ansicht von gröfster diagnostischer Wichtigkeit; all diese Ausschläge sekundärer Art, welche in Form von Miliaria, roseola-, scharlachähnlichen Flecken, als Herpes, Pusteln u. s. w. auftreten, konnten unter dem Sammelnamen Erythema exsudativum multiforme zusammengefafst werden, und dieses wäre somit nicht als Krankheit sui generis, sondern als Folgeerscheinung aufzufassen.

Das Verzeichnis der in den Jahren 1852—1902 gehaltenen gröfseren Vorträge illustriert am besten die rege Thätigkeit des Nürnberger ärztlichen Vereins, von dem wir wohl noch weitere hervorragende Leistungen erwarten dürfen.

Stern-München.

Die Pityriasis rosea GIBERT, von G. B. FIOCCO-Padua. (Padua 1900, *Typogr. Cooperativa.*) Verfasser beobachtete 30 Fälle von Pityriasis rosea, es waren 1,27% aller in BREDAS Klinik und Poliklinik behandelten Hautkrankheiten. Doch glaubt F., dafs die Affektion, die wegen der geringfügigen subjektiven Symptome oft nicht beachtet wird, noch weit häufiger sei. Die meisten Erkrankungen kamen zwischen dem 20. und 40. Lebensjahre vor; das Geschlecht zeigte keinen wesentlichen Einfluſs, ebensowenig die Jahreszeit. Ansteckung war nie nachweisbar. Etwaige Störungen des Allgemeinbefindens blieben stets unbedeutend, subjektiv wurde meist nur leichtes Jucken geklagt. Das Vorkommen einer „Mutter-Efflorescenz", die den übrigen um 8—14 Tage vorausging (BROCQS Plaque primitive), war nur in einer beschränkten Anzahl der Fälle nachzuweisen. Im Gesicht wurden typische Flecken nur viermal beobachtet, aber stets später als diejenigen auf dem übrigen Körper; in dem einen Fall, wo die Eruption besonders akut war und fast den ganzen Körper zu gleicher Zeit ergriff, waren auſser dem Gesicht auch Hände und Füſse beteiligt. Regelmäſsig trat völlige Heilung, meist spontan, in 3—8 Wochen ein; niemals erfolgte ein Rezidiv. (Doch wird ein Fall von rezidivierender Pityriasis rosea aus BREDAS Privatpraxis mitgeteilt.) — Im Urin, der bei 17 Kranken untersucht wurde, fand sich stets Pepton und Indigo; seine Toxicität, die einige Male experimentell geprüft wurde, war gegen die Norm erhöht. — Histologisch fand sich im Anfang Schwellung der Endothelien und dann der Perithelien an den oberflächlichen Cutisgefäſsen, darauf reichlicher Austritt serösen Exsudates, ohne erhebliche Leukocyten-Auswanderung; ferner Degeneration des Bindegewebes, in dem viele Plasmazellen auftraten. Die Oberhaut zeigte Akanthose und Dehnung der Stachelzellen, sowie interepitheliales Ödem der unteren Stachelschicht. Das Epithelfasernetz trat deutlicher als normal hervor. Stellenweise bestand auch parenchymatöses Ödem der Stachelzellen, infolgedessen Parakeratose. Die Befunde stimmten also in der Hauptsache mit denen UNNAS überein. — Die bakteriologische Untersuchung schloſs eine ektogene, sei es bakterielle oder trichophytische Ursache der Krankheit aus. Dagegen sprachen alle Erscheinungen, auch die klinischen und histologischen, für endogenen Ursprung, und zwar toxischer Art.

Levor-Hamburg.

Die Lichttherapie: Behandlung der Dermatosen mit konzentrischen chemischen Strahlen, von H. LEBON. (Paris 1901. *Société d'éditions scientifiques.*) Der Aufsatz giebt eine übersichtliche Darstellung der FINSEN-Therapie, ihres Wesens, der gebräuchlichen Methode und ihrer Erfolge bei Hautkrankheiten, besonders bei Lupus vulgaris, Lupus erythematosus, Epithelioma cutaneum, Sycosis etc. Von den technischen Verbesserungen wird vornehmlich der neue Appareil photothérapique sans condensateur von LORTET und GENOUD (vergl. *C. R. de l'Acad. d. Sc.* 1901.) gewürdigt. Neues aus eigener Erfahrung teilt Verfasser nicht mit. *Levor-Hamburg.*

La Syphilis, Chancre et Syphilis secondaire, von VOUZELLE. (Paris, Masson et Cie.) In dem vorliegenden Büchlein wird nach einer geschichtlichen Einleitung das Wesen der Syphilis und ihrer einzelnen Stadien, Ätiologie und Kontagiosität, die Wege, auf denen das Virus in den Körper eindringt, und die Inkubationszeit in Kürze besprochen. Dann folgt eine eingehende Schilderung des Primäraffekts, der den sekundären Erscheinungen vorausgehenden Prodrome, der sekundären Haut- und Schleimhautsyphilide und der sekundären Syphilis einiger innerer Organe (lymphatische Organe, Schilddrüse, Nebenhoden, Auge). Dargestellt werden die Morphologie, der Verlauf, Komplikationen, Prognose, Diagnose und Differentialdiagnose, nicht aber die Therapie. Die Schilderung der Behandlung scheint ebenso wie die Beschreibung der

sekundären Lues des Nervensystems, der Leber, der Nieren etc. weiteren Spezialmonographien vorbehalten zu sein. — Das kleine Werk giebt ein anschauliches, klares Bild der beiden ersten Syphilisperioden. *Götz-München.*

Die Elektrolysen-Chlordermatose, von Paul Fumouze. (*Thèse de Paris.* 1901.) Die eingehenden Untersuchungen und Beobachtungen des Verfassers und namentlich seine Nachforschungen in der zu La Motte-Breuil bei Compiègne gelegenen elektrochemischen Fabrik, in der Chlor mittelst elektrolytischer Zerlegung von Chloralkalien dargestellt wird, haben ergeben, dafs nicht das Chlor, sondern das bei der Fabrikation entstehende unterchlorigsaure Natrium (Natriumhypochlorit) die Ursache der bisher unter dem Namen Chlorakne beschriebenen Dermatose ist. Das Natriumhypochlorit schlägt sich auf der Haut der Arbeiter nieder und reizt und verstopft zugleich die Orificien der Talgdrüsen. Aufserdem aber wird Natriumhypochlorit eingeatmet, in den Lungen resorbiert und zum Teil in die Talgdrüsen ausgeschieden; es bewirkt so von innen her eine Entzündung derselben. Die Folge der Verstopfung der Drüsen einerseits, ihrer Entzündung andererseits ist das Auftreten der Efflorescenzen, welche die Chlorakne charakterisieren. Das Chlor selbst ist lediglich die Ursache einer allerdings konstanten Begleiterscheinung der Dermatose, nämlich der Reizung der Schleimhäute, die sich in Form von Conjunctivitis, Laryngitis, Bronchitis und Gastritis äufsert. Auch die Tuberkulose, die bei den Arbeitern der Fabriken für elektrolytische Zersetzung der Chloralkalien sehr häufig ist, mufs in gewissem Sinne als eine Folge der Chlorwirkung betrachtet werden; denn die durch die eingeatmeten Chlordämpfe gereizte und entzündete Bronchialschleimhaut begünstigt das Eindringen und die pathogene Thätigkeit der Tuberkelbacillen. Die Art der Entstehung der Dermatose zusammen mit dem Umstande, dafs neben den eigentlichen Akneefflorescenzen auf der Haut der Kranken auch noch andere Veränderungen, Atherome, Knotenbildung, Papeln, Pigmentierungen und Narben zu finden sind, veranlassen den Verfasser, an Stelle der bisher gebräuchlichen Bezeichnung Chlorakne den Namen „Elektrolysen-Chlordermatose" (Dermatose chlorique électrolytique) vorzuschlagen.

Neben den eingehenden Erörterungen über die Ätiologie und Pathogenese der Affektion wird in der interessanten Arbeit die erwähnte Methode der Chlorgewinnung geschildert und dann unter Mitteilung von 14 einschlägigen Krankengeschichten Symptomatologie, Verlauf und Diagnose des Leidens ausführlich dargestellt. Unter den Symptomen, die im übrigen ebenso wie der Verlauf durch die Publikationen der letzten zwei Jahre allgemein bekannt geworden sind, hebt der Verfasser die hochgradige Somnolenz und Apathie der Kranken hervor; andere Autoren erwähnen davon nichts. Von den übrigen artificiellen Dermatosen unterscheidet sich die Elektrolysen-Chlordermatose, abgesehen von der Verschiedenheit der Hauterscheinungen, namentlich dadurch, dafs sie sich auch nach Beseitigung der Ursache noch weiter entwickelt; noch längere Zeit nach der Entfernung der Arbeiter aus dem gefährlichen Betriebe können neue Eruptionen auftreten. — Die einzige Therapie, die wirklich Heilung bringen kann, ist nach den Erfahrungen des Verfassers der permanente Aufenthalt in freier Luft. Bei Kranken, die noch nicht allzu anämisch sind, kann unter Umständen durch innerliche Verabreichung von Terpentinöl (täglich 6—9 Kapseln à 0,25 Ol. Terebinth.) und täglich wiederholte Dampfbäder mit nachfolgender Massage und Abseifung des Körpers im warmen Bade Besserung, aber keine Heilung erzielt werden. Mit Sicherheit verhütet kann das Auftreten der Affektion nur werden, wenn es gelingt, die Bildung von Natriumhypochlorit in den Fabriken unmöglich zu machen. Zunächst aber ist aus prophylaktischen Gründen für eine ausgiebige Ventilation der Arbeitsräume Sorge zu tragen. Die Arbeiter müssen jeden Abend den ganzen Körper

im warmen Bade gründlich abseifen, die unbedeckten Körperteile mit Vaselin bestreichen und sich 2—3 mal täglich mit 1‰iger Schwefelsäurelösung waschen. Ferner ist ihnen der Alkoholgenuſs, der den Körper widerstandsunfähig macht, zu untersagen. Endlich müssen überall mit Wasser gefüllte Spucknäpfe aufgestellt und die Arbeiter verpflichtet werden, nur in diese Gefäſse hineinzuspucken, damit die Gefahr einer Infektion mit Tuberkelbacillen möglichst vermindert wird. *Göts-München.*

Beitrag zum Studium der Leukämide, von Guillaume Germès. (*Thèse de Toulouse.* 1902.) Als „Leukämide" bezeichnet der Verfasser mit Audry die im Verlaufe der verschiedenen Arten von Leukämie auftretenden Hautaffektionen, sofern es sich nicht um leukämische Hauttumoren oder um Lymphodermia perniciosa handelt. Es gehören hierher Hautblutungen, Pruritus, Prurigo, Urticaria, pemphigoide und ekthymatöse Eruptionen. All diese Affektionen stellen, wenn sie auch durch die leukämische Erkrankung verursacht sind, doch keine spezifischen leukämischen Prozesse dar. Zu den Leukämiden sind aber auch die Fälle zu rechnen, in denen unter dem Symptomenbilde der Prurigo circumscripte leukämische Hautinfiltrationen auftreten; diese Fälle sind vielleicht als Übergangsformen zu den leukämischen Neubildungen zu betrachten. Die verschiedenen Leukämide kommen bei allen Arten der Leukämie verhältnismäſsig häufig vor, am häufigsten in den rapid verlaufenden Fällen; sie treten in jedem Stadium der Krankheit auf und sind manchmal von ganz kurzer, manchmal aber auch von sehr langer Dauer. Bei der akuten lymphatischen Leukämie treten sehr oft frühzeitig Hauthämorrhagien auf, während bei der chronischen Lymphocythämie gewöhnlich zuerst pruriginöse Exantheme und erst später Purpuraeruptionen zur Beobachtung kommen. Die Leukämide, die an sich ungefährliche Erscheinungen darstellen, bewirken in den meisten Fällen infolge des heftigen Juckens eine Verschlimmerung des Allgemeinzustandes. Die Behandlung muſs sich in erster Linie natürlich gegen die Leukämie selbst richten. In manchen Fällen, in denen Leukämide vorhanden sind, erweisen sich die üblichen subcutanen Arsenikinjektionen als unmöglich, weil sich an der Stelle des Einstichs regelmäſsig starke Ecchymosen bilden. Durch entsprechende lokale Behandlung muſs insbesondere der Eintritt sekundärer Infektionen verhütet werden. *Göts-München.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Über gleichzeitige therapeutische Anwendung von Quecksilber- und Jodpräparaten, von Lesser. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 47 u. 48.) Es war auffallend, daſs die Syphilidologen so oft gleichzeitige Darreichung von Jod- und Quecksilberpräparaten bei der Behandlung von tertiärer Lues empfehlen, ohne jemals Schädigungen beobachtet zu haben, die sie auf Bildung von Jodquecksilber zurückführen, während bekanntlich in der Augenheilkunde Quecksilberapplikation im Conjunctivalsack bei gleichzeitiger interner Jodkalium-Darreichung streng verpönt ist. Verfasser prüfte nun eine Reihe der gebräuchlichsten Hg-Präparate in ihrer ver-

schiedenen Applikationsweise bei gleichzeitiger innerer Darreichung von Jodkalium. Kommt Kalomel oder Protojoduret in solchem Falle im Magen mit Jod zusammen, so bildet sich ätzendes Quecksilberjodid; deshalb darf auch Kindern, die von Frauen, welche Jod nehmen, gestillt werden, kein Kalomel gereicht werden; Sublimat dagegen wird gut vertragen. Von hypodermatischen Injektionen machen keine Reizerscheinungen Hg-Salicyl, Hg-Thymolo-aceticum und Ol. cinereum, wohl aber Kalomel; lösliche Hg-Salze sind ebenfalls nicht kontraindiziert; bei äufserlicher Anwendung von Kalomel oder weifser Präcipitatsalbe auf Ulcerationen sah man Reizerscheinungen erst bei grofsen Jodkalium-Dosen, 9 g pro die. Inunktionen wurden stets gut vertragen. Auf Schleimhäuten (Conjunctiva, Larynx, Blase) darf man keine Hg-Präparate bei gleichzeitiger Joddarreichung anwenden. *F. Hahn-Bremen.*

Zur Kasuistik der Syphilisbehandlung. Aus Schweningers Ärzteschule, Grofslichterfelde bei Berlin. (*Ziegelroths Arch.* III. 6. Nach *Arch. f. Lichtther.* 1901. No. 3.) Eine kleine, aber sehr lehrreiche Geschichte: Ein Arbeiter, der vor wenigen Monaten in einem Krankenhause eine sechswöchentliche Schmierkur durchgemacht hatte, trat in das Kreiskrankenhaus Grofslichterfelde ein, wo folgender Befund erhoben wurde: Blafsroter, kleinfleckiger Ausschlag, Entzündung der Gaumen- etc. Schleimhaut, kleine Erosionen. Belag von weifslicher Farbe auf der Schleimhaut hinter dem letzten linken unteren Mahlzahn, kleine Erosionen an der Eichel und auf der Innenseite der Vorhaut, Schwellung der Leisten-, Hals- und Nackendrüsen. Der Kranke wurde mit elektrischen Lichtbädern behandelt. Nachdem er eine beträchtliche Anzahl solcher erhalten hatte, wurde plötzlich in dem im Lichtbade aufgefangenen Schweifse reichlich Quecksilber nachgewiesen; es war das ca. fünf Monate nach Beendigung der Schmierkur. Während der Behandlung trat starker Haarausfall ein, der vier Wochen lang anhielt. Nach Verabreichung von 50 Lichtbädern wurde der Mann als geheilt entlassen, es bestanden weder Erosionen, noch Belag im Munde oder Ausschlag mehr, auch Drüsenschwellungen waren aufser in der Leistenbeuge nirgends mehr fühlbar. Nach vier Monaten stellte sich der Mann in tadelloser Gesundheit und mit vollbehaartem Schädel wieder vor, nach weiteren $2^1/_2$ Monaten, also ca. $1^1/_4$ Jahr nach der Infektion, erhielt er die Erlaubnis zum Heiraten. (Nun wird hoffentlich kein Arzt mehr so gewissenlos sein, einem Kranken Quecksilber zu verordnen! Ref.) *Götz-München.*

Zur Behandlung der Syphilis, von Daubresse-Brüssel. (*Presse méd. belge* 1901. No. 48 u. 49.) Verfasser giebt eine sehr vollständige Übersicht der verschiedenen Behandlungsmethoden der Syphilis, mit besonderer Berücksichtigung der Quecksilber- und Jodtherapie. Neues findet sich in dem Artikel nicht verzeichnet. *C. Müller-Genf.*

Die prophylaktische Schmierkur der Eltern, von Heddaeus-Essen a. d. Ruhr. (*Allg. med. Centralztg.* 1901. No. 83.) Verfasser stellt folgende Frage: Wenn es möglich ist, wie die Erfahrungen lehren, hereditär-syphilitischen Kindern durch Quecksilberbehandlung einen blühenden Gesundheitszustand zu verschaffen, sollte dasselbe nicht mindestens ebenso gut bei parasyphilitischen, d. h. nur von den Grofseltern her belasteten Kindern zu erreichen sein? Und sollte nicht bei diesen und bei allen Kindern dasselbe noch besser zu erzielen sein durch eine prophylaktische Schmierkur der Eltern? Zu der gleichen Überlegung gelangte Verfasser auf folgendem Wege: Er behandelt seit Jahren jede skrophulöse Ophthalmie mit Quecksilber innerlich (Kalomel in kleinen Dosen) und rühmt dieser Methode, wenn sie frühzeitig und lange genug angewandt wird, sicheren Heilerfolg nach. Auch tuberkulöse Affektionen

werden zuweilen durch Quecksilber geheilt, wofür Verfasser zwei Beispiele anführt. Er erklärt die gute Wirkung des Quecksilbers durch die Annahme, dafs der (hereditär- oder para-) syphilitische Körper den geeignetsten Nährboden abgiebt für die Skrophulose, dafs also der letzteren durch das Quecksilber der Boden entzogen wird. Die Kur kann gar nicht früh genug begonnen werden, am besten also — prophylaktische Schmierkur der Eltern!!! — So sonderbar diese Ausführungen sind, sie werden noch übertroffen durch die Folgerungen, die Verfasser zieht: Alle Eltern, welche bereits ein oder mehrere kränkliche Kinder haben und noch weitere zu erwarten haben, alle Eheleute, welche (beide oder nur ein Teil) irgend ein Gebrechen haben, dessen Vererbung auf die event. Nachkommenschaft befürchtet wird, und sei es auch nur Kurzsichtigkeit höheren Grades (!! Ref.); alle diejenigen, welche Grund haben zu glauben, dafs sie nicht ganz frei sind von Syphilis, alle diese Menschen können für das Wohl ihrer kommenden Kinder nicht besser sorgen als durch eine phrophylaktische Schmierkur. (Vergl. Ref. Bd. 32, S. 879.) *A. Loewald-Graudenz.*

Eine neue Behandlungsmethode der Syphilis mit Sublimat, von T-REVES. (*Gazz. med. di Torino.* Juni 1901.) Verfasser bedient sich folgender Lösung:

Sublimat	1,0
Officineller Alkohol	100,0
Wasser	10,0.

Diese Lösung wird mittels eines Wattebausches rasch über den ganzen Körper verbreitet. Der Alkohol verdunstet rasch und läfst das Sublimat in Gestalt einer feinen weifsen Pulverdecke auf der Körperoberfläche zurück. Zum Teil wird es resorbiert, zum Teil dient es zur Desinfektion der Haut. Dem Patienten mufs anempfohlen werden, dafs er sich nicht früher bekleide, als der Alkohol vollständig verdunstet ist; dann sind Reizerscheinungen von Seiten der Haut nicht zu befürchten. Stomatitis wird nur ganz ausnahmsweise beobachtet. Der Erfolg soll ein sehr guter sein.

C. Müller-Genf.

Zur Behandlung der Syphilis mit intravenösen Sublimatinjektionen, von LICHATSCHEFF. (*Med. Obosrenje.* Septemberheft 1901.) Verfasser kommt auf Grund seiner an 17 weiblichen Personen angestellten Versuche mit intravenösen Sublimatinjektionen unter anderem zu folgenden Schlüssen:

1. Die intravenösen Sublimatinjektionen (1 : 1000—1 : 500) sind ungefährlich; nur bei Personen mit arteriosklerotischen Gefäfsen soll man sie nicht machen.

2. Die Erscheinungen der condylomatösen Syphilis schwinden zweifellos unter dem Einflufs der intravenösen Sublimatinjektionen, wenn auch im Verlauf derselben condylomatöse Erscheinungen auftreten können.

3. Die intravenösen Injektionen wirken im allgemeinen schneller als die subcutanen.

4. Die intravenösen Injektionen üben keine Reizwirkung auf den Darmtraktus oder die Mundhöhle aus.

5. Rezidive treten nach intravenösen Sublimatinjektionen schneller und öfter, als nach subcutanen Injektionen auf.

6. Die intravenösen Sublimatinjektionen können durchaus nicht als Universalmittel gegen das condylomatöse Stadium empfohlen werden; sie verdienen aber einen Vorzug vor den anderen Behandlungsmethoden bei Neigung zu hartnäckiger merkurieller Stomatitis und wo die subcutanen Injektionen nicht zum gewünschten Ziele führen. *Arth. Jordan-Moskau.*

Zur Verhütung und Bekämpfung der Syphilis, von R. LEDERMANN-Berlin. (*Hygien. Volksblatt.* Jahrg. III.) In dem kleinen, sehr lesenswerten Aufsatze sucht Ver-

fasser die Aufmerksamkeit weiterer Kreise auf gewisse wichtige Punkte in der Bekämpfung der Syphilis zu lenken. Er fordert zunächst strengste sanitäre Überwachung der inskribierten Prostituierten, häufiger als bisher und in geeigneteren Untersuchungslokalen als bisher, und zweitens gründliche Behandlung der Prostituierten, im Krankenhause bei sichtbaren, die Ansteckung ermöglichenden Symptomen, ambulant in den Untersuchungsstätten zur Ausführung intermittierender Kuren, auch letztere zwangsweise. Eine zwangsweise Behandlung läfst sich auch bei allen Syphilitikern, die sich in Gefängnissen, Arbeitshäusern etc. befinden, durchführen, und ferner auch während der militärischen Dienstzeit. Bis zu einem gewissen Grade ist eine Überwachung bei Krankenkassenmitgliedern möglich; die Krankenkassen müssen daher eine führende Rolle bei der Abwehr einnehmen. Das geschieht vielfach schon durch hygienische Vorträge, und sollte in noch viel gröfserem Umfange durch Verteilung belehrender Schriften etc. geschehen. Selbstverständlich ist Gleichstellung geschlechtskranker Kassenmitglieder mit allen anderen Kranken durchaus notwendig. Die Arbeitsunfähigen müssen also volles Krankengeld und auf ärztliches Verlangen freie Krankenhausbehandlung erhalten; den Arbeitsfähigen mufs Gelegenheit gegeben werden, ihre Kur in ausreichender Weise durchzumachen. Das letztere stöfst heute noch auf sehr viele Schwierigkeiten. Verfasser empfiehlt die Errichtung öffentlicher Sanatorien für ambulante Behandlung Syphilitischer, ausgestattet mit allen therapeutischen und hygienischen Vorkehrungen zur Ausführung von Schmierkuren und Bädern aller Art, mit einem geschulten Wartepersonol. Ausgehen soll die Errichtung dieser Sanatorien von den Behörden unter Subventionierung durch die Krankenkassen und Landesversicherungsanstalten. (Ein Schritt zu diesem Ziele ist mit der in den letzten Wochen durch die Landesversicherungsanstalt Berlin erfolgten Begründung einer geschlossenen Heilstätte für Geschlechtskranke bereits gethan worden. Ref.) Verfasser wünscht ferner eine amtliche Untersuchungsstelle für Ammen, sowie eine Unterstützungskasse für Hebeammen, die im Falle syphilitischer Infektion oft aus Not und Sorge für die Familie die Praxis zu früh wieder aufnehmen. Endlich erhofft er eine Einschränkung der Übertragung von Syphilis in der Ehe dadurch, dafs beim Aufgebot allen Personen ein gedrucktes Formular folgenden Inhaltes eingehändigt wird: Alle Personen, welche eine Ehe eingehen wollen, werden im eigenen, sowie im Interesse ihrer zukünftigen Ehegatten und etwaiger Nachkommenschaft darauf hingewiesen, ihren Gesundheitszustand vorher ärztlich begutachten zu lassen. Bei dem Bestehen ansteckender Krankheiten ist die Eheschliefsung bis zur vollendeten Heilung aufzuschieben, um eine Übertragung der Krankheit zu verhüten. *A. Loewald-Graudenz.*

Der Kampf gegen die Syphilis und die venerischen Krankheiten, von Dubois Havenith. (*La Policlinique.* 1902. No. 4.) Aufzählung der Mafsregeln, die nach der Brüsseler internationalen Konferenz vom Jahre 1899 in den verschiedenen Ländern getroffen wurden. Zum Referate nicht geeignet. *Götz-München.*

Syphilis und Ehe, von W. A. Hardaway-St. Louis.

Die Syphilis vom neurologischen Standpunkte aus, von M. W. Horn-St. Louis.

Frühzeitige Zeichen und Symptome bei der hereditären Syphilis im Kindesalter, von W. L. Johnson-St. Louis. (*St. Louis Courier.* März 1902.) Im ersten dieser drei Artikel zieht Verfasser vor allem die Theorien von Fournier und Hutchinson in Betracht; ersterer vertritt bekanntlich den Standpunkt, dafs bis zum Ehekonsens wenigstens eine Periode von 3—4 Jahren, welche sorgfältiger Behandlung zu widmen sind, verflossen sein mufs, während Hutchinson sich schon mit einer

Periode von längstens 2 Jahren vom Beginn der Infektion an begnügt, ja so weit geht, zu sagen, daſs in vielen Fällen eine Zeit von 6 Monaten genügt, um einen Mann von der Gefahr einer syphilitischen Nachkommenschaft zu befreien. Manche Syphilitiker sollten nach HARDAWAYS Ansicht überhaupt nicht heiraten und zwar jene, die zu wiederholten Rezidiven (besonders Schleimhautplaques) neigen, die Zeichen von maligner Syphilis haben, bei welchen irgend ein wichtiges Organ befallen ist, und schlieſslich besonders jene, welche irgend eine Form von Nervensyphilis (FOURNIER) gehabt oder überhaupt eine neuropathische Veranlagung haben. HARDAWAYS Prinzip ist, Syphilitikern volle 4 Jahre vom Datum der Infektion an den Ehekonsens zu verweigern, und ferner müssen wenigstens 2 Jahre vollständiger Symptomenlosigkeit verflossen sein; auch unter diesen Bedingungen ist bekanntlich der Arzt nicht im stande, dem Patienten vollständige und absolute Garantie zu geben.

In der allgemeinen Betrachtung über Syphilis des Nervensystems hebt HOPE hervor, daſs die Affektion des Nervengewebes nicht durch die Wirkung des spezifischen Giftes auf dieses selbst, sondern indirekt durch dessen Wirkung auf die Nervenhüllen, das Bindegewebe und besonders auf das Gefäſssystem zu stande komme. Die Periode, in welcher das Nervensystem ergriffen wird, ist manchmal eine sehr frühe, schon im ersten und zweiten Monate, nach FOURNIER am häufigsten vom ersten bis zum dritten Jahre bei der Gehirn-, während des ersten Jahres bei der Rückenmarkssyphilis. Das hauptsächliche Charakteristikum ist die Vielseitigkeit und unregelmäſsige Verteilung der Erscheinungen, z. B. Lähmung des einen Kopfnerven auf der einen, irgend eines anderen auf der anderen Seite, Hemiplegie auf der einen, Lähmung des Trigeminus auf der anderen Seite. Speziell sind bei Syphilis die motorischen Bezirke befallen und sehr häufig sind Exacerbationen und Remissionen ohne Bezug auf die Behandlung. Die Nervenaffektionen kommen gewöhnlich durch die gleiche Ursache, Kompression der Nervenstämme durch ein Exsudat der Hirnhäute, zu stande. Kopfschmerz ist ein bekanntes Symptom der Gehirnsyphilis. Rückenmarkssyphilis ist für gewöhnlich eine Früherscheinung, von speziellen Formen sind Myelitis transversa, die BROWN-SÉQUARDsche Halbseitenlähmung, die spastische Paraplegie (nach ERB) zu erwähnen. Gleichzeitige Cerebralsymptome erleichtern die Diagnose. Schmierkur oder innerlich Sublimat sind die Methoden der Wahl, die Injektionen nur dann, wenn die anderen ausgeschlossen sind. Jod sollte in hohen Dosen gegeben werden, auch wenn die Erscheinungen in einem frühen Stadium auftreten. Mehrere Behandlungstouren im Jahre von 4—6wöchentlicher Dauer sollten 4—5 Jahre hindurch nach der Infektion und mit Vorteil auch noch während der ganzen übrigen Lebenszeit ein oder zwei solcher Touren verordnet werden.

Der letzte Artikel (von JOHNSON) bringt eine kurze Übersicht der wichtigsten Merkmale der ererbten Syphilis in den ersten Lebensmonaten. Die schwerste Art von Hautausschlag ist Pemphigus, die häufigste, nach HARDAWAY, das erythematöse Syphilid, während das papulöse gewöhnlich nicht allein, sondern in Gemeinschaft mit den anderen, speziell dem erythematösen Typus, auftritt. An den Schleimhäuten kommen Plaques vor und Fissuren sind von groſsem diagnostischen Wert. Die Coryza ist ein sehr charakteristisches Symptom, mit Pharyngitis und Laryngitis begleitet, erzeugt sie eine ganz typische Heiserkeit. Die Nägel zeigen oft wiederholte Exfoliation oder Eiterung (Onychie) und sogar Miſsstaltungen. Die syphilitische Dactylitis, akute Epiphysitis sind weitere Erscheinungen an den Extremitäten. Die Leber und auch die Milz sind immer vergröſsert. Craniotabes wurde in 47 von 100 Fällen beobachtet, Keratitis frühzeitig, aber nicht vor dem zweiten Jahre. Diese Symptome machen nicht jedes für sich, sondern meist oder fast alle zusammen das Bild der hereditären Syphilis der ersten Kindermonate aus. *Stern-München.*

Der syphilitische Heiratskandidat und das ärztliche Attest, von Dubois-Havenith-Brüssel. (*Presse méd. belge.* 1901. No. 21.) Der Verfasser beschäftigt sich mit der Frage, ob der Arzt einem Patienten, der Syphilis vor längerer Zeit durchgemacht und mehrere umfangreiche Kuren hinter sich hat, zum Zwecke der Verheiratung, als ärztlichen Ehekonsens, ein für überängstliche Schwiegerväter berechnetes Gesundheitsattest geben solle und verneint diese Frage. Nicht einmal die Bescheinigung stellt Dubois-Havenith dem Betreffenden aus, dafs der Arzt bei genauer und sorgfältiger Untersuchung des betreffenden Individuums keinerlei Zeichen von Syphilis gefunden habe. Denn sonst würde diese Bescheinigung von demselben als Beweis dafür hingestellt werden, dafs überhaupt nichts von Lues vorgefunden, also dies Leiden auch nicht existiert habe. Man könne in dieser Richtung niemals rigoros und vorsichtig genug sein. *Hopf-Dresden.*

Die Frage der Syphilis in der dritten Generation, von Heddaeus-Essen a. d. Ruhr. (*Allg. med. Centralztg.* 1902. No. 15.) Verfasser referiert über vier von Strzeminski publizierte Fälle von Augensyphilis in der dritten Generation. Neben anderen körperlichen Störungen fanden sich da entzündliche Erscheinungen an Hornhaut, Iris und Chorioidea, Funktionsstörungen und Entwickelungsfehler an den Augen. Der Therapie (Schmierkur) gelang es, die entzündlichen Erscheinungen zu beseitigen, die Funktionsstörungen zu heben; aber die Entwickelungsfehler blieben natürlich. Sie hätten, sagt Verfasser, verhütet werden können, wenn die Grofsväter sich rechtzeitig, d. i. vor Eingehung der Ehe, von ihrer Syphilis hätten kurieren lassen. So aber haben sich die Sünden der Väter und der Ärzte, welche die Syphilis nicht gründlich behandeln, bis ins dritte und vierte Glied an den Kindern gerächt. Durch energische Bekämpfung der Syphilis würde der leidenden Menschheit mehr genützt werden, als mit allen Bacillenverfolgungen und Heimstättengründungen. „Wenn es gelänge, die Syphilis aus der Welt zu schaffen, würden die übrigen Krankheiten von selbst verschwinden." *A. Loewald-Graudenz.*

Die Nachkommenschaft der Hereditärsyphilitischen und die Liga gegen die Syphilis, von Tommaso de Amicis. (*Giorn. internas. delle scienze med.* 1902. Heft 1.) In dieser Einleitungsvorlesung legt Verfasser dar, wie die Syphilis noch in der dritten Generation ihre verheerenden Wirkungen entfaltet, was er durch 5 Fälle illustriert, und bespricht dann die neueren Bestrebungen zur Bekämpfung und Verhütung der Syphilis. *Iwan Bloch-Berlin.*

Über Nierenveränderungen bei Lues congenita, von Oskar Stoerk. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1902. No. 41.) An 20 Nieren von Früchten resp. Kindern mit Lues congenita konnte Verfasser konstant typische Merkmale, „sekundäre Vegetationsstörungen", doppelter Art feststellen. Erstens zeigen die Nieren eine Verzögerung der Reifung, einen Bildungsfehler im Sinne einer Bildungshemmung. Die Nieren bieten in den letzten fötalen und ersten postfötalen Lebensabschnitten Bilder, welche einer früheren Fötalperiode entsprechen. Zweitens finden sich Abnormitäten der Formen, welche die Nieren auch von den Formationen früherer Perioden unterscheiden lassen. — Die durch Wiedergabe der normalen Nierenentwickelung erläuterten Ausführungen mögen im Original nachgelesen werden. — In drei Fällen fand Verfasser Veränderungen, welche an eine spezifische Nephritis diffuser Art denken lassen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Ätiologie der Syphilis, von A. Robin-Newark. (*Int. med. Mag.* Okt. 1901.) Kurzer historischer Überblick über die bisherigen vergeblichen Versuche, den Erreger der Syphilis zu isolieren. *A. Loewald-Graudenz.*

Unerkannte Syphilis in der allgemeinen Praxis, von L. Duncan Bulkley-New York. (*Int. med. Mag.* Dez. 1901.) In erster Linie für den allgemeinen Arzt bestimmter Aufsatz, in dem Verfasser nachdrücklich unter Anführung von Beispielen auf die Schäden hinweist, die längere Zeit verkannte Syphilis zur Folge haben kann. Verfasser macht namentlich auf die häufigen Fälle nicht venerischer Übertragung der Syphilis aufmerksam, die oft deswegen schweren Verlauf zeigen, weil die ersten Symptome nicht erkannt und nicht richtig behandelt werden. Verfasser hält es für dringend wünschenswert, dafs Ärzte und Publikum sich endlich von der Notwendigkeit einer sorgfältigen und genügend lange durchgeführten Behandlung überzeugen.

A. Loewald-Graudens.

Der nicht diagnostizierte Schanker, von William S. Gottheil-New York. (*Int. med. Mag.* Okt. 1901.) Viele Syphilitiker gehen der Vorteile einer gründlichen, frühzeitigen Behandlung verlustig, weil der Primäraffekt verkannt wird. Verfasser berichtet über zwei derartige Fälle, einen Fall von Tonsillarschanker, der lange Zeit lokal und operativ behandelt wurde, und einen Fall von Fingerinfektion bei einem Arzte, bei dem trotz zweifelloser Sekundärerscheinungen immer noch an der Diagnose Tuberkulose und der entsprechenden Behandlung festgehalten wurde. Zum Schlusse giebt Verfasser eine Zusammenstellung der klinischen Charakteristica des Schankers.

A. Loewald-Graudens.

Die klinischen Charakteristica des syphilitischen Schankers, von Fournier-Paris. (*Int. med. Mag.* Okt. 1901.) Verfasser unterscheidet drei Stadien des Schankers: den Anfang, die Reife und die Rückbildung. Im ersten Stadium ist der Schanker eine kleine, scharf begrenzte Erosion, und von Herpes oder einer gewöhnlichen Erosion nicht zu unterscheiden. Das zweite Stadium ist charakterisiert durch die Ausdehnung der Erosion und das Auftreten der Induration. Das dritte Stadium ist gekennzeichnet durch die Veränderung der Farbe, die vorher rot, später dunkler oder beim diphtherischen, grauen Schanker rosig wird, und durch eine ziemlich beträchtliche Anschwellung, hervorgerufen durch Granulationsbildung, die dem Schanker ein mehr oder weniger papelähnliches Aussehen giebt. Die Vernarbung erfolgt stets in centripetaler Richtung. Die hier nur kurz skizzierten Merkmale sind vom Verfasser in sehr prägnanter Weise geschildert; er betont abschliefsend als besonders charakteristisch für den Schanker die scheinbare Unschädlichkeit in allen Stadien, die spontane Heilbarkeit, die anscheinend durchaus gutartige Natur.

A. Loewald-Graudens.

Ulcus molle und Syphilis, von E. Finger. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1902. No. 2.) Der Streit der Unitarier und Dualisten ist in der bakteriologischen Ära verstummt. Der Gonococcus erwies die kontagiöse, spezifische Natur der Blennorrhoe und deren Komplikationen. Die Entdeckung des Ducreyschen Bacillus hat die dualistische Anschauung als richtig dargethan, zugleich gezeigt, dafs die Lehre vom Ulcus mixtum vollberechtigt ist, dafs beide Gifte gleichzeitig eindringen und sich unabhängig von einander entwickeln können, so dafs aus einem im Beginne zweifellosen Ulcus molle in der dritten Woche etwa ein Ulcus durum werden kann. In Bezug auf die Diagnose, den Ausschlufs der Syphilis, sind wir noch heute ganz auf den klinischen Boden verwiesen, der Befund des Ducreyschen Bacillus schliefst es nicht aus, dafs auch der Syphiliserreger vorhanden ist. — Die Anschauung von Fedeen, dafs die das Ulcus molle begleitende Eiterung das syphilitische Virus eliminieren kann und deshalb die Impfung einer Sklerose mit Schankergift zu empfehlen ist, kann als stichhaltig nicht angesehen werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Hämatologie der Syphilis, mit besonderer Rücksicht auf die Diagnostik der chirurgischen Affektionen zweifelhafter Natur, von Giuseppe Verrotti-Neapel. (*Giorn. Internas. d. scienze med.* 1900. Bd. XXII.)

Drei zweifelhafte Fälle von Syphilis, aufgeklärt durch die Blutuntersuchung, von demselben. (Ibid. 1902. Bd. XXIV.) Die wichtigsten Ergebnisse der ersten ausführlichen Arbeit sind: Die Blutuntersuchung stellt ein semiologisches Moment von höchstem Wert dar, aber nur dann, wenn sie vollständig ist, qualitativ und quantitativ. Hauptsächlich hat sie die roten und weifsen Blutkörperchen, sowie das spezifische Gewicht des Blutes zu berücksichtigen. Bei Syphilis zeigen die roten Blutkörperchen gewisse regressive Veränderungen in Bezug auf Farbe, Form, Gröfse, ferner auf Elastizität, Adhäsion und Widerstandsfähigkeit. Ihre Zahl ist herabgesetzt, ebenso absolute und relative Menge des Hämoglobins. Die Leukocyten können vermehrt sein, besonders die lymphocytären und polynukleären Elemente. Das spezifische Gewicht des Blutes ist vermindert. Dabei besteht kein wesentlicher Unterschied zwischen Früh- und Spätsyphilis. Wird nun eine spezifische Behandlung eingeleitet, so zeigen alle diese Modifikationen die Tendenz, zur Norm zurückzukehren: die jugendlichen Formen der roten Blutkörper mehren sich, ihre physikalischen und physiologischen Eigenschaften vervollkommnen sich wieder u. s. w. Dieser „therapeutischen Periode" geht eine kurze „toxische" voraus, gekennzeichnet durch Verminderung der roten Blutkörper und des Hämoglobins, und eine ebensolche regressive Phase folgt, sobald die spezifische Wirkung die therapeutische Grenze überschreitet. Somit ist auch die Blutuntersuchung von Nutzen, um den geeigneten Zeitpunkt für den Abschlufs einer antiluetischen Behandlung zu finden. Bei Nichtsyphilitikern hingegen führt eine spezifische Kur nur regressive Veränderungen der Blutelemente herbei; therapeutische Dosen von Hg wirken hier toxisch. Am deutlichsten und schnellsten treten diese diagnostischen Zeichen nach Injektion von Kalomel auf.

Besonders in manchen zweifelhaften chirurgischen Fällen ist es bedenklich, abzuwarten, bis die Diagnose Syphilis ex juvantibus klinisch festgestellt werden kann. Wie wertvoll hier die Blutuntersuchung ist, sucht Verfasser in seiner zweiten Arbeit an drei Fällen zu demonstrieren. Bei einem Tumor der Kniebeuge, dessen Erscheinungen durchaus für Fibrosarkom sprachen, wurde durch eine vage anamnestische Angabe und die Schwellung der Cubitaldrüsen der Verdacht auf ein syphilitisches Granulom rege. Die Operation wurde aufgeschoben, spezifische Behandlung eingeleitet. Schon nach wenigen Tagen gestattete der Blutbefund die Diagnose auf Syphilis. Umgekehrt liefs sich im zweiten Falle, der als eine Mischform von Lupus und Lues hereditaria erschien, wie auch im dritten, bei dem die Diagnose zwischen carcinomatöser und luetischer Ulceration der Zunge schwankte, sehr schnell durch dieselbe Methode Syphilis ausschliefsen. In diesen beiden Fällen trat unter Hg anfangs deutliche Besserung der örtlichen Störung ein, die ohne den Blutbefund leicht hätte falsch gedeutet werden können. *Max Levor-Hamburg.*

Wie diagnostiziert man am besten ansteckende Syphilis bei einer Amme? von J. D. Thomas. (*Int. med. Mag.* Okt. 1901.) Eine tertiär-syphilitische Amme wird, da ihre Symptome nicht übertragbar sind, wenig Unheil anrichten. Zur Erkennung des Stadiums der Lues steht uns nur die klinische Kenntnis und Erfahrung zur Seite. Vom Ende des zweiten bis zum Ende des sechsten Monats nach der Infektion ist gemeinhin die Diagnose nicht schwer, da diese Zeit die Zeit der bekannten Hauptserscheinungen ist. Liegt die Ansteckung noch nicht zwei Monate zurück, so ist man auf die Entdeckung des Primäraffektes angewiesen, was ja bei Frauen oft nicht leicht ist. Besonders starke Drüsenschwellung in einer Gegend giebt zuweilen einen wertvollen Fingerzeig. Hat die Amme einen ganz frischen Primäraffekt an der Brust-

warze, so kann beim Säugling ein Primäraffekt am Munde auftreten, bevor Sekundärerscheinungen bei der Amme wahrnehmbar sind. — Nach dem sechsten Monat, besonders nach geeigneter Behandlung, ist es oft sehr schwer, noch irgend ein Zeichen überstandener Lues zu entdecken. Hier wird die Anamnese (Aborte, Frühgeburten, Lebensschicksale des Kindes der Amme) Aufklärung geben können; ist das Kind noch nicht drei Monate alt, so können noch Syphilissymptome später auftreten; sind bis zum siebenten Monate noch keine Symptome aufgetreten, so bleibt das Kind wahrscheinlich frei. Allerdings liegt hier die Möglichkeit vor, dafs das Kind gesund bleibt, obwohl die Mutter sich noch im ansteckenden Stadium befindet, wenn nämlich die Mutter während der Schwangerschaft antisyphilitisch behandelt wurde. Am Körper der Amme wird man nach Bubonarben, Periostverdickungen, nach Veränderungen an den Fingernägeln, Leukoplakien etc. suchen müssen. — Ist einmal das Unglück geschehen und ein Kind durch die Amme infiziert, so wird, meint Verfasser, im Interesse des Kindes nichts anderes übrig bleiben, als die Amme weiter stillen zu lassen.

A. Loewald-Graudens.

Diagnose und Behandlung der Syphilis, von Follen Cabot-New York. (*Int. med. Mag.* Okt. 1901.) Verfasser betont folgende Punkte: 1. Keine Quecksilberbehandlung vor zweifellos festgestellter Diagnose. 2. Die Patienten müssen auf die Gefahren aufmerksam gemacht werden, welche die Syphilis für ihre eigene Zukunft und für die Allgemeinheit mit sich bringt. 3. Die Länge der Behandlung ist von grofser Bedeutung für die Prognose. 4. Nicht heiraten vor Ablauf von fünf Jahren.

A. Loewald-Graudens.

Das *Int. med. Mag.* veröffentlicht in dem Oktoberheft 1901 die Antworten auf einige die Syphilis betreffende Anfragen, welche die Schriftleitung mehreren namhaften amerikanischen Autoren vorgelegt hat.

I. Frage. **Welches ist der sicherste Weg bei der Diagnose der Syphilis?** G. Frank Lydston-Chicago, Orville Horwitz-Philadelphia und Edward L. Keyes-New York raten, in zweifelhaften Fällen die Sekundärerscheinungen abzuwarten, Thomas G. Morton verlangt kurz und bündig die Zuziehung eines sachverständigen Arztes. Duhring-Philadelphia mahnt, langsam zu einem abschliefsenden Urteil zu kommen und vor Einleitung der Behandlung sich in jedem Falle klar darüber zu werden, ob der betreffende Fall zu den gutartigen oder weniger gut- resp. bösartigen Formen gehört. Woran das im Anfangsstadium zu erkennen sein soll, teilt Duhring leider nicht mit.

II. Frage. **Hat sich die Zahl der Heilmittel in den letzten Jahren vermehrt?** Horwitz und Morton verneinen, Keyes bejaht die Frage; nähere Begründung fehlt. Duhring ist der Ansicht, dafs neue Heilmittel hinzugekommen sind, die die Anwendung der spezifischen Mittel gegen frühere Zeiten zurückgedrängt habe, z. B. das Eisen. Diesem Urteil, das schwerlich in weiteren Kreisen Anklang finden wird, steht die Antwort Lydstons gegenüber. Eine Bereicherung sieht L. nur in den neuen Modifikationen der alten Behandlung (hypodermatischer Gebrauch des Hg etc.). Als ein sehr wertvolles Mittel bezeichnet L. das Kalium chloratum, dem er eine direkt heilende Wirkung zuschreibt.

III. Frage. **Kann in Fällen schwerer tertiärer Syphilis, bei denen anamnestisch nichts von vorausgegangener aktiver Syphilis festzustellen ist, das Sekundärstadium übersprungen worden sein?** Während Lydston sich dieser Frage sehr skeptisch gegenüber verhält, Morton sie direkt verneint und der Ansicht ist, dafs in solchen Fällen stets die vielleicht geringfügigen Sekundärerscheinungen übersehen werden, geben Horwitz und Keyes die Möglichkeit zu, und Duhring hält es für zweifellos, dafs es solche Fälle giebt.

IV. Frage. **Wie weit kann der Arzt die Verantwortung bei Erteilung des Ehekonsenses Syphilitikern gegenüber auf sich nehmen?** Lydston und Murton raten, jede Verantwortung abzulehnen; ersterer stellt dem Patienten die Sachlage dar, sagt ihm, daſs 3—4 Jahre nach der Infektion die Ansteckungsgefahr eine geringe ist und überläſst ihm die Entscheidung. Horwitz gestattet das Heiraten nach 4 Jahren, wenn während der ersten 3 Jahre gründliche Kuren vorgenommen wurden und im vierten Jahre neue Erscheinungen ausblieben; Keyes setzt den Zeitpunkt auf 5 Jahre post infectionem hinaus. Duhring gestattet in benignen Fällen schon nach 2—3 Jahren das Heiraten.

V. Frage. **Kann ein Tertiär-Syphilitischer die Syphilis auf seine Nachkommen übertragen?** Nur Murton giebt die Möglichkeit einer Übertragung zu, alle anderen Autoren verneinen die Frage. Horwitz macht mit Recht darauf aufmerksam, daſs die Fälle auszuschlieſsen sind, in denen Sekundär- und Tertiärerscheinungen nebeneinander bestehen; hier ist natürlich eine Übertragung möglich.

VI. Frage. **Sind Fälle bekannt, in denen zweifellos syphilitische Väter Kinder zeugten, die gesund blieben?** Diese Frage wird von allen Autoren bejaht.

A. Loewald-Graudenz.

Syphilis der Kinder: Hygiene und Therapie, von H. de Rothschild. (*Ann. policlin. centrale.* 1901. No. 12.) Nach einigen statistischen Mitteilungen über die Mortalität der Hereditär-Syphilitischen und Bemerkungen über die Prophylaxe und die klinischen Erscheinungsformen der hereditären Lues kommt Verfasser auf die Behandlung zu sprechen, die nach zwei verschiedenen Gesichtspunkten zu leiten ist: 1. Die Behandlung der kongenitalen Schwäche oder Unreife; 2. die direkte Behandlung der syphilitischen Infektion. — Die Behandlung der kongenitalen Schwäche besteht in der Bekämpfung der so häufigen Untertemperaturen und in geeigneter Ernährung. Gegen die niederen Temperaturen empfiehlt Verfasser wiederholte warme Bäder (36—37° C.), Watteeinpackungen, Hineinlegen in eine Couveuse, deren Temperatur in einem luftigen und auf 18—20° C. erwärmten Zimmer gleichmäſsig auf 32—33° C. erhalten wird. Den Bädern kann als Hautreiz etwas Senfmehl beigefügt werden. Sind keine syphilitischen Hautveränderungen da, so können auch wohl alkoholische Flüssigkeiten eingerieben oder es kann warmes Öl zu leichter Massage der Haut verwendet werden. — Die Ernährung geschieht natürlich am besten mit der Milch der Mutter. Eine syphilitische Amme soll nur bei zweifelloser Diagnose genommen werden, nie eine gesunde Amme. Unter ganz besonders günstigen Verhältnissen kann bei persönlicher Aufmerksamkeit einer gesunden Frau die Milch künstlich abgezogen und dem Kinde durch die Saugflasche gereicht werden. In den meisten Fällen wird man auf die künstliche Ernährung angewiesen sein, am besten mit sterilisierter Kuhmilch; recht gute Erfolge sah Verfasser auch zuweilen mit peptonisierter Milch. — Sehr hohen Wert besitzt die gleichzeitige antisyphilitische Behandlung der Säuglinge mit Quecksilber, entweder innerlich in der Form des Liq. Van Swietenii (Sublimat 0,1, 80% Alkohol 10,0, Aq. dest. ad. 100,0; anfangs 20—30 Tropfen täglich, allmählich steigend bis auf 100 Tropfen täglich) oder — und das ist der sicherere und wirksamere Weg — durch percutane Einverleibung (täglich Einreibung von 1—2 g Ungt. ciner. oder 1—2 tägliche Sublimatbäder à 1—3 g pro Bad). Die Sublimatbäder sind nur bei ausgedehnten ulcerierten Flächen kontraindiziert. — Frische Luft, Aufenthalt auf dem Lande oder an der See werden die Kur wesentlich unterstützen; auf die Verdauung ist zu achten. Die Kinder sind vor Infektionen mit Kinderkrankheiten nach Möglichkeit durch Isolierung zu schützen.

A. Loewald-Graudenz.

Statistische Untersuchung über die Folgen der Lues, von M. Matthes-Jena, unter Mitwirkung von Martin, Dörfer und Knabe. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 6 u. 7.) Die Verfasser haben im Jahre 1900 über alle Kranke, die in den Jahren 1861—1896 mit sekundärer oder tertiärer Lues in die medizinische Klinik zu Jena aufgenommen worden sind, eingehende Nachforschungen angestellt und im ganzen über 698 Fälle sichere Auskunft erhalten. 202 von diesen 698 Luetikern waren bereits verstorben. Die häufigste Todesursache war Phthise; der Prozentsatz der Todesfälle infolge von Phthise entspricht genau dem Prozentsatz derselben in der Gesamtmortalität, der Lues kann daher für diese Todesfälle eine ursächliche Bedeutung nicht zugesprochen werden. Dagegen ist die Syphilis bei einem Teil der Todesfälle infolge von Cirkulationsstörungen, insbesondere von frühzeitig auftretenden Apoplexien als direkte Ursache zu betrachten. Die Aussichten der Luetischen, an derartigen Affektionen verhältnismäfsig bald zu Grunde zu gehen, sind nach den vorliegenden Zahlen keine ganz unbedenklichen. — Von den 698 Luetikern sind bis zur Zeit der Kontrolle an Tabes 7 = 1%, an allgemeiner Paralyse 8 = 1,1% erkrankt; von sonstigen Affektionen des Nervensystems fand sich Myelitis luetica in 1 Fall, Lues cerebri in 2 Fällen, insgesamt also 18 Fälle von Erkrankungen der nervösen Centralorgane = 2,6% aller 698 Fälle. Die Aussichten der Luetiker, an sogenannten postsyphilitischen Nervenleiden zu erkranken, sind demnach bei weitem nicht so grofs, als man sich gemeinhin vorstellt, wenigstens nicht für Kranke, die einmal eine gründliche spezifische Behandlung durchgemacht haben. — Was die Lebensdauer betrifft, so war, in geringerem Mafse für die Sekundär-, in höherem für die Tertiärsyphilitischen, eine Verkürzung der durchschnittlichen Lebensdauer nachweisbar. Dieselbe war aber mehr durch Tuberkulose etc., als durch spezifisch luetische Erkrankungen bedingt, da nur in 23 Todesfällen die Lues als direkte Ursache betrachtet werden darf und diese 23 Personen nicht einmal in auffallend frühem Alter gestorben sind. Andererseits hat sich gezeigt, dafs zahlreiche Luetiker ein hohes Lebensalter erreichen und dafs man von einer wahrscheinlichen Verkürzung der Lebenszeit für den Einzelnen kaum sprechen kann. Wenn gewöhnlich luetische Infektionen, die im höheren Lebensalter erfolgen, für besonders gefährlich gehalten werden, so scheint das unbegründet zu sein; unter den 698 Luetikern befinden sich nicht wenige, die sich nach dem 40. Lebensjahr infiziert und ein hohes Alter erreicht haben. — Bezüglich der Descendenz haben die bisherigen Feststellungen ergeben, dafs ungefähr 75% der Sekundärluetischen lebende Kinder haben, dafs etwa 35.6% dieser Geburten Fehlgeburten oder Todesfälle von Kindern unter einem Jahre vorausgegangen sind.

Götz-München.

Syphilis der Nase und des Halses, von E. B. Gleason-Philadelphia. (*Intern. med. Mag.* Okt. 1901.) Nach einigen sehr kursorischen klinischen Bemerkungen bespricht Verfasser seine Therapie. Im Anfangsstadium der Syphilis bevorzugt er als konstitutionelle Behandlung den Gebrauch von Protojodid-Quecksilberpillen. Lokal pinselt er Geschwüre an der Nasenschleimhaut mit salpetersaurem Quecksilber (25%) oder, wenn dies zu schmerzhaft ist, mit 10% Höllenstein. Bei tertiärer Lues giebt er innerlich eine Mischung von Quecksilber und Jodkalium (Hydr. bichlorat, 0,06, Kalii jodat. 7,5, Aq. d. 90,0), daneben wendet er Einreibungen oder Räucherungen mit Quecksilber an oder, wo rasche Wirkung gewünscht wird, intramuskuläre Injektionen. Beeinträchtigen Gummen durch ihren Sitz die Nasenatmung oder verursachen sie heftige Schmerzen und Kopfweh durch Druck, so wartet Verfasser nicht den Erfolg der gemischten Kur ab, sondern operiert. — Syphiliserscheinungen milderer Natur im Kehlkopf behandelt Verfasser mit adstringierenden Inhalationen und Quecksilbereinreibungen der Haut der Kehlkopfgegend. Bei Kehlkopfgummen nötigt die

Gefahr der Erstickung nicht selten zu raschem operativen Eingriff. Ulcerationen im Kehlkopf werden mit Wasserstoffsuperoxyd gereinigt und mit Höllenstein gepinselt; als gutes Streupulver empfiehlt Verfasser Jodoform, Tannin und Bismuth subnitr. ā. – Bei plastischen Operationen muſs mit der starken narbigen Zusammenziehung gerechnet werden. Schwere Zerstörungen der Nase können durch Rhinoplastik oder künstliche Nasen ausgeglichen werden; die Sattelnase läſst sich durch Einlagerung einer Goldplatte unter der Haut der Nase beseitigen. *A. Loewald-Graudenz.*

Leukoplacia buccalis acuta syphilitica, von Chompret und B. de Névraté-Paris. (*Rev. de Stomatologie.* Nov. 1901.) Ein 28jähriger Kellner mit einer recht intensiven frischen Syphilis bemerkte sehr bald nach dem Auftreten der Roseola eine eigentümliche weiſsliche Verfärbung der Lippen, namentlich der unteren. Kurze Zeit darauf zeigten sich an der ganzen Mundschleimhaut ausgedehnte Plaques muqueuses, so daſs die ganze Mundhöhle fast nur eine groſse wunde Fläche wurde. Im weiteren Verlauf traten Krämpfe epileptiformer Art, ferner ausgesprochene Diabetes und eine intensive Pigmentierung der Haut hervor. An der Mundschleimhaut fällt zunächst eine violette Färbung der Lippen auf mit unregelmäſsigen, weiſs opalescierenden, nicht schuppenden Inseln. In der Mundhöhle sieht man neben kleineren Strecken von normaler Schleimhaut in weiterer Ausdehnung gröſsere und kleinere Flecke von weiſser Farbe ohne hyperämischen Rand und ohne irgendwie deutliche Prominenz, aber mit ausgesprochener Verhärtung. Es wird die Differentialdiagnose besprochen unter Berücksichtigung der gewöhnlichen sekundären syphilitischen Mundaffektionen und des Lichen planus der Mundhöhle. Die Therapie bestand auſser in der subcutanen Injektion von Quecksilbersalzen in der Anwendung einer Zahnseife mit Sublimat und eines Mundwassers mit Chloralhydrat und Natron bicarbonicum. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Syphilitische Affektionen der Bronchien, Lungen und Pleura, von Norman B. Gwyn-Philadelphia. (*Int. med. Mag.* Okt. 1901.) Kurze Besprechung der pathologisch-anatomischen und klinischen Erscheinungen bei der Syphilis der tieferen Atmungsorgane; enthält nur Bekanntes. *A. Loewald-Graudenz.*

Ein Fall von syphilitischer Pneumonie, von J. G. Gibbon-Mullingar. (*Lancet.* 8. Febr. 1902.) Die Diagnose gründete sich auf den Umstand, daſs der Patient 1½ Jahre zuvor Syphilis acquiriert hatte, und daſs die antisyphilitische Behandlung mit Hg-Inunktionen und innerlicher Darreichung von JK von Erfolg begleitet war, bis nach kurzem Wohlbefinden ein Rezidiv eintrat, an dem Patient zu Grunde ging. Sektion wurde nicht gestattet. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Lebersyphilis, von Simon Flexner. (*New York med. Journ.* 18. Jan. 1902.) Im Philadelphia-Hospital wurden in der Zeit von 1867—1901 im ganzen 5088 Sektionen gemacht, davon waren 88 Fälle von Lebersyphilis. Es waren die 4 Typen: interstitielle, gummatöse, amyloide Hepatitis und Perihepatitis vorhanden, die erste war die häufigste, nahezu die Hälfte der Fälle bildend, dann kam die Gummaform (23), am seltensten war die amyloide Entartung (7 Fälle). Auf das Vorhandensein der sogenannten syphilitischen Narben, welche 38mal getroffen wurden und meist auf der Oberfläche des Organs (vorderen und oberen Seite) lagen, legt F. groſse Wichtigkeit; es bestehe demnach kein Zweifel, daſs viele Gummata von der Leber verschwinden, sei es als Folge der Behandlung oder spontan. Wenn die Narben von fibrösen Streifen, welche in das Gewebe eindringen und Überreste von Gummata enthalten, durchsetzt sind, dann kann ihre Natur als erwiesen angesehen werden. Was nun das Stadium der Krankheit betrifft, in welchem diese verschiedenen Formen getroffen werden, so kommen gewisse Übergangsformen, wie Gelbsucht, im Sekundärstadium vor, während

die allgemeine Cirrhosis wahrscheinlich, die gummösen Knoten und amyloide Entartung mit Sicherheit dem Tertiärstadium angehören, wie überhaupt die tiefergehenden Fälle von Lebersyphilis meist gleichzeitig mit Tertiärerscheinungen getroffen werden. In Anfügung an diese allgemeinen pathologisch-anatomischen Betrachtungen wird noch ein Fall von Lebersyphilis mit autoptischem Befunde genauer beschrieben; er betraf einen 52jährigen Mann, dessen Krankheit ca. 3 Jahre währte.

Stern-München.

In der Sitzung der Gesellschaft praktischer Ärzte zu Riga (*Petersb. med. Wochenschr.* 1901. No. 51) bespricht v. Rimscha einen Fall von **tertiärer Lues** mit besonders **grofsem Defekte am Gaumen.** Patient ist 28 Jahre alt, vor 3 Jahren infiziert; im ersten Jahre 100, im zweiten 30 Einreibungen, wiederholt Jodkalium. Seit einem Jahre Gestank aus der Nase, erst seit wenigen Wochen wieder in Behandlung. Befund in der Nase: rechte Seite sehr eng, frei von Ulcerationen und Caries; linke Seite voll von Granulationen, Caries der mittleren und unteren Muschel. Grofses Ulcus auf der hinteren Rachenwand. Die beiden oberen Schneidezähne fehlen, in der Lücke sieht man den schwarz verfärbten, übelriechenden Knochen. Von der Zahnlücke zur linken Nasenseite Perforation. Am harten Gaumen an mehreren Stellen, namentlich am Übergang zum weichen Gaumen, schmerzhafte, geschwollene Partien mit Fluktuationsgefühl. — Therapie: Jodkalium bis 3,0 g pro die, Schwitzbäder; Ausräumung der linken Nasenseite und dadurch Wiederherstellung der Nasenatmung. Die Caries reicht bis tief in die Highmorshöhle hinauf. Pinselung des cariösen Knochens mit Jodtinktur. Nach einigen Wochen gelingt es, zwei grofse cariöse Knochenstücke durch die Zahnlücke zu entfernen. Ein Durchbruch des harten Gaumens trat nicht ein. Kurze Zeit nach Entfernung der cariösen Partien Heilung. Entfernt wurde die horizontale Platte des Oberkieferknochens und des Gaumenbeines beiderseits, so dafs der harte Gaumen nur in der Mittellinie entsprechend dem Septum einen Halt hatte. Trotz des grofsen Knochendefektes ist Patient fast frei von Beschwerden. v. R. führt den guten Erfolg auf die Schwitzbäder, den Gebrauch von Jodkalium und die Jodpinselungen zurück.

A. Loewald-Graudenz.

Über das tertiärsyphilitische Erythema circinatum, von R. Duhof. (*Annal. policl. centr.* 1901. No. 9.) Der Verfasser berichtet über 3 Fälle des extrem seltenen, syphilitischen, tertiären, circinären Erythems, die er in den letzten Jahren in der Privatpraxis beobachtet hat. Fall 1 betraf eine junge Schauspielerin, welche 8 Jahre nach ihrer Infektion eine Anzahl ovaler Ringe von braunroten Konturen von 6—8 und 8—9 cm Durchmesser auf den Oberschenkeln bemerkte, sowie einzelne blasse Kreise am Rumpf. Dieselben schwanden erst nach einer spezifischen Allgemeinbehandlung. Fall 2 und 3 betrafen einen Herrn, dessen Infektion 5 Jahre zurücklag, und einen Offizier, der vor 12 Jahren einen harten Schanker acquirierte. Fournier sah einmal dies tertiäre Ringerythem 46 Jahre nach der primären Erkrankung auftreten.

Hopf-Dresden.

Syphilis nervosa praecox, von M. Fournier. (*Indépend. méd.* 1901. No. 41.) Während man früher glaubte, dafs nervöse Symptome erst der späten Syphilis zukämen, weifs man heutzutage, dafs von 158 Syphilitischen 69 schon vom ersten Jahre ihres Leidens an spezifische Störungen des Nervensystems aufweisen, entweder des peripheren Nervensystems, des Rückenmarks oder des Gehirns. Unter den ersteren finden wir die Hemiplegia facialis (10. bis 5. Monat der Lues), Lähmungen der Augenmuskelnerven, die Neuritis nervi optici; allmähliche Abnahme des Gehörs, zuweilen plötzliche Taubheit. Bei den cerebralen Symptomen der Lues trennen wir isolierte Manifestationen und das Gesamtbild der Syphilis cerebralis. Erstere treten als epilepti-

forme Attacken und Aphasie auf, beide schnell auf spezifische Therapie reagierend. Die eigentliche Gehirnsyphilis ist besonders im dritten Jahre der Krankheit häufig, ist aber jedenfalls im ersten Jahre mehr zu fürchten als im zehnten. 55 von 375 Fällen cerebraler Lues fielen in das dritte Krankheitsjahr. Fällt sie ins erste Jahr, so tritt sie im 12., 11., 10., 4., ja sogar schon im 3. Monat auf. Als Symptome findet man dann eine Hemiplegie, die sich durch folgende Merkmale charakterisiert: Als Prodrome gehen heftige Kopfschmerzen voraus; kein plötzlicher Eintritt der Lähmung, kein Verlust des Bewufstseins. Die Hemiplegie breitet sich progressiv aus, ist inkomplett und läfst fast immer die Sensibilität unberührt. Die Prognose ist bei der frühzeitig eintretenden Form schlechter als bei der tardiven. Zahlreiche Heilungen ad integrum sind beobachtet worden, doch bleiben auch oft Kontrakturen zurück und letaler Ausgang erfolgt zuweilen. Die Rückenmarksmanifestationen der Syphilis sind meist frühzeitige, sie treten am häufigsten im zweiten Vierteljahr der Erkrankung auf. Meist sind sie sehr schwer, vielfach geradezu malign. Von 52 durch Fournier, Lyon und Gilbert gesammelten Fällen führten 14 zur völligen Heilung, 12 zu Besserungen, 10 zu dauernden Schwächen, 16 zum Tode. Jeder dritte Fall endete also letal.

Hopf-Dresden.

Unausgebildete Form von Syphilis der nervösen Centralorgane, von J. Roux. (*Lyon méd.* 1902. No. 7.) Der Verfasser berichtet über einen Patienten, bei dem 10 Jahre nach einer syphilitischen Infektion Glykosurie und nach weiteren 2 Jahren Albuminurie aufgetreten war. Im Laufe der folgenden Jahre wurde der Kranke sehr schwach und hinfällig, es stellten sich krampfartige Hustenanfälle, Konvulsionen, Ohnmachten und eine rasch vorübergehende motorische Aphasie ein. Ein kurzer Jodgebrauch brachte die Zuckerausscheidung dauernd, die Eiweifsausscheidung vorübergehend zum Verschwinden; gleichzeitig aber entstand eine progressive Amblyopie. Die zu dieser Zeit, 22 Jahre nach der syphilitischen Infektion, vorgenommene Untersuchung ergab folgenden Befund: Blitzartige Schmerzen in den unteren Extremitäten, Patellarreflex rechts erloschen, links stark herabgesetzt, Leber vergröfsert und hart, Milz leicht vergröfsert, schlechter Allgemeinzustand. Charakteristisch war der Augenbefund: $^1/_{10}$ Sehschärfe, Gesichtsfeld besonders nach oben eingeengt, centrales Farbenskotom aufser für Rot, doppelseitige Netzhautablösung, Diplopie. Diesen Erscheinungen zufolge wurde die Diagnose auf Syphilis gestellt. Der Kranke erhielt Kalomelinjektionen, und zwar wurde wöchentlich 1 ccm von folgendem Gemenge eingespritzt: Kalomel 0,1, Orthoform. 0,1, Vaselin. liquid. 2 ccm, also 0,05 Kalomel pro dosi. Die Injektionen bewirkten zunächst eine Verstärkung der Eiweifsausscheidung, dann aber dauerndes Verschwinden derselben und eine überraschende Besserung des Allgemeinzustandes; die Erscheinungen von seiten der Augen wurden zwar nicht gebessert, doch trat auch keine weitere Verschlimmerung mehr ein. — Im Anschlufs an die Schilderung dieses Falles, bei dem es sich höchst wahrscheinlich um eine luetische Ependymitis der Ventrikel handelte, weist der Verfasser auf die vorzügliche Wirkung der Kalomelinjektionen hin: in Fällen, in denen eine schnelle und intensive Quecksilberwirkung nötig ist, also speziell bei Gehirnsyphilis, sind diese Injektionen allen anderen Arten der Hg-Verabreichung weit überlegen; irgend welche schlimme Folgen hat der Verfasser von ihnen nie gesehen. Die Behandlung mufs lange Zeit hindurch fortgesetzt werden; in dem beschriebenen Falle wurden 41 Injektionen gemacht. Die Besserung beginnt in vielen Fällen erst nach der fünften oder sechsten Einspritzung. Werden die wöchentlichen Injektionen von 0,05 Kalomel gut vertragen, so kann man mit der Dosis etwas steigen (0,1 Kalomel alle 10—12 Tage einzuspritzen). Die Verabreichung von Jod ist nicht notwendig; manchmal wirkt Jod allerdings ganz gut, manchmal aber auch schädlich.

Götz-München.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Sachverzeichnis.

Abscefs, blennorrhoischer (Renault) 354.
Abscesse, Behandlung (Leonard) 150.
— multiple blennorrhoische der weiblichen Genitalien bei blennorrhoischer Vulvo-Urethritis (Gravagna) 442.
— tuberkulöse, behandelt mit Wasserstoffsuperoxyd (Gunson) 526.
Acanthosis nigricans (Pawlof) 269; (Béron) 504.
Acarius follicularis (Kraus) 132.
Achselhöhle, papulöse Affektion (Fox und Fordyce) 178.
Acne dermatitis continua (Audry) 77.
— Seborrhoe, Calvities (Sabouraud) 140.
Addisonsche Krankheit (D'Auria) 197; (Pospelow) 501.
— — Blutbefund bei (Hamel) 198.
— — und Tuberkulose der Nebennierenkapseln (De Vecchi) 197; (Secchi) 197.
Adenoepitheliom 86.
Adiposis dolorosa (Strübing) 340.
Ätherische Öle, entzündungswidrige Wirkung der (Winternitz) 448.
Airol, Anwendung in der Praxis (Braun) 454.
— in der Therapie der Blennorrhoe (Vignolo-Lutati und Benassi) 442.
Airolpaste, v. Brunssche (Honsell) 454.
Aktinomykosis circumscripta (Gaucher und Lacapère) 152.
— cutis am Hinterhaupte (Böhm) 504.
Albuminurie (Imbert und Blaufufs) 409.
— cyklische (Edel) 318.
— nach kalten Bädern (Rem-Picci) 318.
— nach Urotropin (Griffith) 319.
— und Nephritis syph. acuta praecox (Hoffmann und Salkowski) 536.
Alkoholismus und Prostitution (Fournier) 411.
Alkoholverband bei Herpes zoster (Hellmer) 45.
Almkvist, Plasmazellen und kein Ende (Pappenheim) 615.
Almkvistsche Plasmazellen, Bemerkungen (Almkvist) 617; (Unna) 620.
Alopecia, angeborene (Audry) 411.
— Natur und Behandlung der (Jacquet) 444.
— areata (Rille) 169; (Delos und Parker) 205; (Jacquet) 588.
— — und Röntgenlicht (Holzknecht) 200.
— — deren Behandlung mit Jodkollodium (Butte) 444.
— vitiliginöse und Nagelerkrankung (Audry) 590.
Amyothrophie (Jacquet und Simon) 40.
Angina bei Masern (Saint-Philippe) 470; (Haddon) 471.
— Sklerodermie nach (Leven) 308.
Angiom, gemischte Form (Rizzuto und Gomez) 195.
Ankylostomalarven (Loos) 210.
Anthrax (Bell) 154; (Sturdy) 153.
Arsenhaltiges Bier (Hall) 197.
Arsenik im Haare von Beri-Beri-Kranken (Ross) 421.
Arsenpräparate, subcutane Injektionen der (Steiner) 449.
Arsenverbindungen bei bösartigen Geschwülsten (Truneček) 185.
Arsenvergiftung (Rosenthal) 578.
— bei Biertrinkern (Raw, Barendt und Warrington) 46.
Arthritis, blennorrhoische (Kienböck) 353.
— Tuberkulose des Ellenbogens (Hurtado) 521.
Arterienerkrankung, syphilitische (Gowers) 537.
Asepsis des Katheterismus (Mankiewicz) 259.
— der Subcutanspritzen (Dreyer) 308.
Asterol (Friedländer) 454.

Atoxyl [Metaarsensäureanilid] (Schild) 628.
Atrophia cutis idiopathica (Metscherski) 18.
— — — kombiniert mit Sklerodermie (Metscherski) 502.
— des Zungenbandes, glatte (Heller) 534.
Augenentzündung bei Neugeborenen (Schanz) 354.
— durch Raupenhaar (Denig) 463.
Augenerkrankungen, syphilitische, in der zweiten Generation (Strsheminski) 538.
Augenstörungen bei Lues (Schwarz) 102.

Bacterium coli commune bei postblennorrhoischer Urethritis (Ledermann) 624.
Bakterien der Kälberlymphe (Frenzlin) 516.
Bakteriurie (Buttermilch) 320.
Beckenabscefs (Herzog) 339.
Benzin bei Seborrhoe (Leftwich) 150.
Bettnässen (Porosz) 61.
Biopsie (Darier) 111.
Bierhefe bei Leukorrhoe u. a. (Chapello) 345.
Blase, pathologische Anatomie (Noël, Kallé und Motz) 406. 407.
— Infektion (Faltin) 409. 591.
— Carcinom (Battle) 258.
— Perinealschnitt (Hacker) 168.
— bei Tabes dorsalis (Hirt) 581.
— Zottenpolype (Suter) 582.
Blasenbildung, neurotische (Rille) 170.
Blasenhernie, inkarcerierte (Manley) 262.
Blasenruptur, intraabdominale (Hunnard) 265.
— operative, präperitoneale (Wyeth) 265.
Blasentenesmus bei Epileptikern (Féré) 409.
Blasentuberkulose, latente (Morelle) 264.
Blasentumoren und Prostatahypertrophie (Wallace) 264.
Blasenschufsverletzung (Bayer) 264.
Blasenstein, Symptome und Diagnose (Rizzo) 266; (Freyer) 266; (Scarrone) 266.
Blasensteine bei chronischer Cystitis (Cleaver) 264.
— behandelt mit X-Strahlen (Hayes) 348.
Blattern s. Variola.
Blaues elektrisches Licht, therapeutische Wirkung (Ginni) 420.
Blennorrhoe u. Allgemeininfektion (Ward) 352.
— ascendierende (Thorn) 355.
— chronische (Ravogli) 344.
— Cavernitis nach (Rille) 302.
— paraurethrale und präputiale (Neuberger) 633.
— Heilung (Leven) 341.
Blennorrhoe, Prophylaxe (Behrmann) 171; (Wolbarst) 176; (v. Zeissl) 509; (Fermi) 625.
— und Prostitution (Prowe) 417.
— Behandlung (Taenzer) 331; (Midy) 348; (Scholtz) 355; (Broter) 356; (Bardwell) 356; (Jesionek) 356; (Plato) 367; (Wolbarst) 176.
— Airol bei (Vignolo-Lutati und Benassi) 442.
— behandelt mit Oberländerschen Dilatatoren, chronische (Strauss) 596.
Blennorrhoischer Abscefs (Renault) 354; (Gravagna) 442.
— Arthritis (Kienböck) 353.
— Epididymitis (Laurent) 630.
— Erkrankungen, Kasuistik (Heller) 623.
— Iritis (Griffith) 354.
— Myositis (Heller) 252; (Kienböck) 353.
— Neuritis (Kankarowitsch) 353.
— Rheumatismus (Schuster) 379.
— — behandelt mit dem galvanischen Strom (Delherme) 355.
— Vaginitis (Chapelle) 345.
— Vulvo-Urethritis (Gravagna) 442.
Blut bei Scarlatina (Mackie) 48.
— bei Syphilis und anderen Infektionskrankheiten (Wärnen) 529.
Blutbefund bei Morbus Addisonii (Hamel) 198.
Blutuntersuchung bei zweifelhaften Syphilisfällen (Verrotti) 644.
Botryomycosis humana (Bodin) 629.
Bottinische Operation (Desnos) 181.
— — Folgeerscheinungen (Bangs) 317.
— — Incisor für die (Schlagintweit) 338.
Brandwunden, rationelle Behandlung (Griffith) 39; (Schumann) 40.
— Karbolsäure bei (Muench) 46.
Bronzediabetes (Murri) 196.
Bronzefarbige Pigmentation bei Biertrinkern 46.
Brookesche Paste (Dreyer) 621.
Bubo, venerischer (Colombini) 135.
Budapester dermatologische Klinik (Sellei) 477.

Cadaverin bei Cystinurie (Cammidge 350.
Calvities (Sabouraud) 140.
Cancroid des Bulbus und der Pars nuda urethrae (König) 172.
Carcinom, Histologie und Anatomie (Hansemann) 188.
— -Protozoon (Gaylord) 185.
— der Harnblase und Urethra (Battle 258.
— Behandlung (Webb) 188.
Cavernitis nach Tripper (Rille) 302.

Chininexanthem (Groen) 35.
Chininidiosynkrasie (Stelwagon) 178.
Chirurgische Naht, Instrument z. (Freund) 421.
Chlorakne (Bettmann) 42; (Fraenkel) 464.
Chlornatriumausscheidung und Harnstoffausscheidung im Urin Syphilitischer (Soual) 631.
Chorea bei Erysipel (Fornaca) 157.
Circumcision (Rafferty) 345.
— und ihre Gegner (Remondino) 508.
Colitis, polypöse (Robertson) 30.
Colleysches Serum (La Mensa) 183.
Condylome der Genitalregion, spitze (Hasanoff) 302.
Cysten in der Raphe der äußeren Geschlechtsorgane (Englisch) 339.
Cystenbildung in der Urethra (Schwerin) 582.
Cystinurie mit Diaminurie (Schölberg und Garrod) 850.
Cystitis (Kennedy) 509.
— chronische mit Pyelonephrose (Cleaver) 264.
— Behandlung (Chassaignac) 262.
Cystorraphie nach Sectio alta (Balacescu) 266.
Cystoskop für Harnleiter (Bransford) 343.
Cystoskopie (Kulisch) 260; (Nitze) 261; (Goldberg) 261.
— Spülflüssigkeit bei (Warschauer) 581.
Cystoskopisches Instrumentarium (Levin) 173.
Cystoskoplampen mit beweglichem Knie (Kollmann) 79.
Cystotomie, suprapubikale (Horner) 265.
Cystoryctes vaccinae [Guarnieri] (Gorini) 54.

Dariersche Krankheit (Caspary) 190.
Darmsyphilis (Verebély) 98.
Dartre de graisse (Fettflechte) 329.
Dauersonde bei urethrovesikalen Eingriffen (Negrete) 256.
Demodex folliculorum u. Hautpigmentation (Dubreuilh) 209.
Dermatitis, blastomycetische (Harris) 152; (Shepherd) 586.
— bullöse (Bowen) 18.
— diffuse, nach Hg-Einreibung (Arkin) 42.
— exfoliativa Wilson (Luithlen) 622.
— haemorrhagica pyaemica (Pezzoli) 459.
— herpetiformis (Hoffmann) 302.
— — circumscripte Formen (Audry) 632.
— — bei Kindern (Gottheil) 464. 508.
— — Eosinophilie bei (Carle und Montagart) 465.
— nodularis chronica (Török) 131.
Dermatitis durch arsenikhaltige Strümpfe (Tunnicliffe und Rosenheim) 41.
— durch Arundo donax Linné (Lisanti) 157.
— bei infantilem Ekzem (Wende und Degroat) 349.
Dermatologie, Einführung (Walker) 509.
— heutige Richtung (Philippson) 87. 98. 133.
— soziale Aussichten (Morris) 108.
Dermatologische Diagnostik (Liebreich, Lesser und Ledermann) 160.
Dermatomyositis (Bonnet) 153.
Dermatophobie, familiäre (Morris) 108.
Dermatoplastik (Brauchbar) 358
Dermatosen, abnorme squamöse (Casoli) 183.
— lineare (Balzer und Alquier) 45.
— — (Balzer und Lecorun) 78.
— und Dyspepsien (Saison-Lierval) 418.
Diabetes mellitus syphiliticus (Hemptenmacher) 536.
Diät, chlorfreie und Jodalkalien (Sellei) 240.
Dilatatoren mit Spülvorrichtung (Dommer) 256.
Diphtherie mit Purpura (Buckley) 38.
Diphtherie-Antitoxin bei Scharlach (Dalton) 49.
Diphtherieserum und Noma (Strauwen) 159.
Divertikel der Urethra (Köster) 352.
Dreigläserprobe (Dreyer) 171.
Drüsen, fettsecernierende (Calderone) 183.
— der Mundschleimhaut (Colombini) 423.
Dymal (Roth) 449.
Dystrophie papillaire et pigmentaire (Pawlow) 269.

Eczema, Ätiologie (Küsel) 130; (Frédéric) 144.
— chronisches (Scipiades) 146.
— und Lebensalter (Morris) 144.
— Kasuistik (Shoemaker) 346.
— Dermatitis bei infantilem (Wende und Degroat) 349.
— Behandlung (Gaucher) 145.
— Phototherapie (Hellmer) 145.
Echinococcuscysten, paravesikale (Fürstenberg) 20.
Eiterungen, Behandlungen (Mauclaire) 150.
Eiweißschlacken im Harn (Ascoli und De Grazia) 319.
Elektrische Ströme zur Behandlung dermatologischer und venerischer Krankheiten (Lebon) 443.
Elektrolyse bei Harnröhrenstrikturen (Colzon) 258.

Elektrolyse und circumscripte Sklerodermie (Löwenheim) 580.
Elektrolysen-Chlordermatose (Fumouza) 636.
Elektrolytischer Niederschlag von Schwefel in den Schwefelthermen von Harrogate (Smith) 452.
Elephantiasis ulcerosa (Duhot) 155.
— vulvae, Rectumstriktur und Syphilis (Waelsch) 503.
Emphysem, subcutanes, infolge Geburt (Székely) 209.
Endarteriitis syphilitica (Cavazzani) 102.
Endocarditis syphilitica (Breitmann) 102.
Endoskopischer Apparat, ein neuer (Levi) 442.
Enuresis im Kindesalter (Thiemich) 263.
Eosinophilie bei der Duhringschen Dermatitis (Carle und Montagart) 465.
Epicarin, Heilwert des (Szaboky) 449.
— Rezepte für Anwendung des 450.
— Verwendung (Winkler) 348.
Epicystotomie mit Blasennaht (Scarrone) 266.
Epidermis, Durchlässigkeit für Licht (Freund) 79.
Epidermiskonkretionen und Smegmolithen (Majocchi) 303. 342. 505.
Epidermoidale Auswüchse (Kopytowski) 304.
Epidydimitis, Behandlung mit Unguentum Crédé (Coon) 312.
Epitheliom (Frede) 579.
— auf lupöser Basis (Morelle) 522; (Walker) 518.
— des Penis (Patterson) 259.
— durch Exstirpation geheilt (Morelle) 189.
Epithelverhornung der Schleimhaut (Róna) 173.
Erfrierung (Lassar) 463.
Erysipelas gangränosum penis et scroti (Hoffmann) 302.
— Behandlung mit Serum (Jez) 157.
— bei Kindern (Roger) 156.
— und Chorea (Fornaca) 157.
— und pyogene Infektionen (Jordan) 155.
Erythema circinatum, tertiärsyphilitisches (Duhot) 649.
— elevatum (Gilchrist) 19.
— exsudativum multiforme (McCulloch) 36; (Dubois-Havenith) 45; (Kreibich) 83.
— — — bullosum (Dalons) 631.
— — — — Leukocytenzahl bei (Audry) 631.
— gyratum, papulosum und bullosum infolge Gebrauchs von Solutio Fowleri (Neumann) 459.
— induratum Bazin (Pinkus) 579.
— multiforme und die Vaccination (Corlett) 510.
— nodosum (Brownlie) 153.
Erythema nodosum und Ulcus molle (Druelle) 134.
— papulatum uraemicum (Wedenski) 459.
— scarlatiniforme desquamativum (Millard) 36.
— — recidivans (Luithlen) 622.
— striatum (Plonski) 336.
Erythrodermia (Rasch) 130.
— congenitalis ichtyosiformis mit Hyper-Epidermotrophie (Brocq) 410.
Erythromelie (Klingmüller) 466.
Europhen, Rezeptformeln für 450.
Exanthem, septisches (Schilling) 534.
Exantheme, Abhandlung über akute, infektiöse (Corlett) 510.
— Laterna magica-Bilder von (Corlett) 468.
Extractum Pichi-Pichi siccum (Friedländer) 455.

Färberezepte, einiges über (Unna) 437.
Favus (Trutti) 283. 253; (Petersen) 302.
— Behandlung (Pospelow) 17.
Feminismus (Callari) 198.
Festschrift zur Feier des 50jährigen Bestehens des ärztlichen Vereins Nürnberg 632.
Fibrinurie mit Albuminurie (Impert und Blaufus) 409.
Fibroma 327.
— im Labium majus (Merkel) 633.
— molluscum (Rille) 169.
Filaria und Varix lymphatica (Opie) 210.
Findlinge, Syphilis (Pini) 106.
Fissura ani, Behandlung (Tillaux) 39; (Gussenbauer) 463.
Fötus und syphiliskranke Mütter (Riehl) 106.
Folliclis (Saalfeld) 16.
— Klinik und Histologie (Alexander) 521.
Folliculitis decalvans (Hoffmann) 17.
— squamo-ulcerosa bei Ulcus molle (Feliciani) 182.
Framboesia durch Staphylococcus (Busquet und Crespin) 162.
— tropica (Koch) 302.
Frühgeburt und Pruritus (Kranovitz) 208.

Galenus (Cohn) 566.
Gangrän, nosocomiales (Brabec) 157.
— kongenitale spontane (Richmond) 199.
— Raynauds symmetrische (Beck) 199.
— bei neugeborenem Kind (Bronson) 175.
— bei Scarlatina (Seubert) 473; (Buchan) 473.
— die den Säuren widerstehenden Bacillen bei (Folli) 158.
Gaumen, Defekt (Rimscha) 649.

Gefäfsklerose mit Purpura chronica (Gaucher und Lacapère) 38.
Gehirnsyphilis (Ziemssen) 108.
Gelsenstich (Beck) 40.
Geroderma (Calari) 198.
Geschlechtsfunktionen des Mannes (Fürbringer) 139.
Geschlechtskrankheiten und Krankenkassen (Neisser) 60.
— prophylaktische Mafsregeln gegen (Block) 416.
Geschlechtstrieb, Entwickelung (Ellis) 345.
— beim Weibe (Ellis) 508.
Geschwüre, Behandlung mit ausstrahlender Wärme (Tarabrin) 151.
Geschwülste, bösartige, und Arsenikverbindungen (Trunečck) 185.
Gesichtslupus (Lesser) 252.
Gewebsneubildung in der Urethra (Dowd) 585.
Gewerbedermatitis bei Arbeitern (Hall) 583.
Glossitis ulcerosa luetica (Blagowolin) 300.
Glycogen (Rörig) 450. 451.
Glycerinlymphe, Erfahrungen mit (Welch und Schamberg) 517.
Gonococcus und seine Toxine (Eastman) 415.
Gonokokkämie (Barbiani) 441.
Gonorrhoe, s. Blennorrhoe.
Gonnorrhoisch, s. blennorrhoisch.
Granuloma annulare (Crocker) 179.
Granulosis rubra nasalis (Pinkus) 17; (Jadassohn) 84.
Gumma, klinische Entwickelung des circumscripten cerebralen (Kerber) 108.
Gummisonden, Sterilisierung (Phélip) 260.

Haarwechsel beim Menschen (Veneziani) 183.
Haarwuchs, abnormer, Beseitigung (Walsh) 211.
Haarzunge, schwarze (Lucet) 148.
Hämatopoiese bei Variola (Weil) 52.
Hämatoporphyrinurie (Waldo) 320.
Hämaturie, hysterische (Guisy) 181.
— renale (Suter) 339.
— bei Schwangerschaft (Chiaventone) 21.
Hämoglobinurie, paroxysmale (Muls) 320.
Hämorrhoiden (Turner) 199.
Hämostaticum, Stypticin als (Kaufmann) 161.
Hansenscher Bacillus, Lagerung (Pernet) 507.
Harn, blauer und grüner (Gove) 317.
— Eiweifsschlacken im (Ascoli und De Grazia) 319.
— Hg-Nachweis im (Bardach) 350.
Harnabscefs (Delefosse) 22.
Harnblase, s. Blase.
Harndesinfektion, baktericide Wirkung (Wannier) 23.
Harnleiter, s. Ureter.
Harnröhre, s. Urethra.
Harnröhrendilatator, modifizierte Handhabe (Valentine) 256.
Harnröhren- und Blasenirrigation, Stempelspritze für (Eastman) 257.
Harnröhrenschnitt, Anwendung (Harrison) 508.
— zur Entfernung von Urethralsteinen (Loumeau) 255.
Harnröhrenstriktur, s. Striktur.
Harnröhrenwände, Naht (Zadok) 257.
Harnsteine, s. Steine.
Harnstoff- und Chlornatriumausscheidung im Urin, Syphilitischer (Soual) 631.
Harntraktus, Histologie (Eastes) 211.
Harnverhaltung (Lewis) 347.
Harnwege, Infektion (Faltin) 591.
Haut, kolloide Degeneration (White) 348.
— Rezidivierender Herpes der (Du Castel) 45; (Dubreuilh und Dosso) 179.
— Komplikationen der Sypbilis auf der (Engmann) 532.
— Hygiene der (Penn) 345.
Hautaffektionen (Ibotoon) 413.
— Tuberkulöse (Lesser) 253; (Lancashire) 521.
Hautaktinomykose (Lion) 580.
Hautausschlag nach Tonsillotomie (Wingrave) 36.
Hautausschläge, anomale (Thompson) 508.
— strichförmige, am Bein (Fischel und Pinkus) 622.
— nach Medikamenten (Marchetti) 459.
Hautatrophie, idiopathische (Rille) 171.
— am Handrücken (Buschke) 17.
Hautblutung (Blaker und Bailey) 37.
Hautepitheliome (Allen) 188.
Hauterscheinungen nach Röntgenstrahlen (Wylie) 463; (Scholtz) 505.
— bei Diabetes (Sherwell) 202.
Hautfarbe der Negerkinder (Schiller-Tietz) 414.
Hautform und -Farbe (Audry) 182.
Hautkrankheiten, Handbuch der (Mračck) 445.
— Lehrbuch (Joseph) 414.
— Diagnose und Behandlung (Unna) 413.
— Nomenklatur (Martin) 508.
— Pathologie und Therapie (Knopf und Marcuse) 530; (Thimm) 137.
— Nottebohmsches Hospital für (François) 477.
— bösartige (Bronson) 19.
— diffuse (Kopytowski) 304.
— Impfung und Impfausschläge (van Harlingen) 517.
— Jucken und juckende (Neisser) 200.
— Therapie (Luithlen) 412; (Evans) 418.

Hautkrankheiten, Balneotherapie (Wegner) 418.
— Kakodylsaure Salze bei (Saalfeld) 31.
— Ultraviolettes Licht bei (Walsham) 420.
Hautkrebs (Alper) 187; (Fordyce) 586.
Hautödem, diffuses, chronisches (Rosin) 37.
Hautpigmentation durch Demodex folliculorum (Dubreuilh) 209.
Hautreaktion und Dermatosen 442.
Hautsarkom, idiopathisch-multiples (Koehler und Johnston) 178.
Hautsarkomatose (La Mensa) 183.
Hauttuberkulose (Burmeister) 92; (Fordyce) 93; (Klebs) 93.
Hautveränderungen und Pseudoleukämie, tumorartige (Jacobsohn) 578.
Heifsluftbehandlung bei Lupus (Stapler) 94.
Heifsluftdouche von Frey (Belzer) 419.
Heredosyphilis, ophthalmoskopische Stigmata (Antonelli) 106.
Herpes, rezidivierender (Du Castel) 45; (Dubreuilh und Dosso) 179.
— — des Gesichts (Dalous) 590.
— tonsurans, s. Trichophytie.
— vulgaris, Pathogenese (Jacquet) 46.
— zoster, s. Zoster.
— im Verlaufe des Nervus ilio-hypogastricus und N. ilio-inguinalis (Giffen) 467.
Hidradénomes (Gassmann) 86.
Hinterpfoten der Katzen, Fettsekretion (Ledermann) 85.
Hodenerkrankung beim Säugling (Clark) 313.
Hodensarkom, aufgebrochenes (Manley) 262
Holländerscher Apparat (Speranski) 404.
Hühneraugen, Pathologie und Behandlung (Freeland) 195.
Hydrargyrum, Jodokakodylicum bei (Civatte und Fraisse) 76.
— oxycyanatum, Vergiftung mit (Lottmann) 452.
— Seife (Oestreicher) 130.
Hydroa gestationis bedingt durch Staphylococcus albus (Holmes und Bulloch) 466.
Hydrocele, Radikaloperation (Lauenstein) 313; (Ascoli und De Grazia) 319.
Hydrops der Mutter und des Fötus (Munster) 457.
Hyperchromatose, eigentümliche (Audry) 631.
Hyperpigmentation des Gesichts (Grouven) 196.
Hypospadie, Operation (Beck) 255.

Jacksonsche Epilepsie und syphil. Gumma (Dieulafoy) 596.

Ichthargan bei Blennorrhoe (Taenzer) 331.
Ichthoform, therapeutische Anwendung des (Goldmann) 453.
Immunisation der Prostituierten (Guiard) 180.
Impermeabilität der Harnröhre (Blagowjetschtschenski) 173.
Impetigo circinnata (Török) 149.
Impfgeschäft (Tiburtius) 57.
Impfgesetz und Impfstatistik (Böing) 53.
Impfinstrumentarium, neues (Lindenhorn) 58.
Impfmaterial, Reinheit (Dulles) 516.
— und Impftechnik (Schenk) 57.
Impfschutz (Böing) 514.
Impfstoffgewinnungsanstalt in Wien, Bericht (Paul) 513.
Impfung, s. Vaccination.
Impfzwang (Böing) 53.
Impotentia virilis (Weisz) 267.
— Behandlung (Krawkoff) 34; (Loewy) 35.
— — durch Yohimbin (Duhot) 267; (Kühn) 456.
Infantilismus (Callari) 198.
Influenza bei Masern (Süsswein) 471.
Injektionskuren bei Syphilis (Stern) 107.
Initialsklerose (Reiss) 99.
— der Clitoris (Druelle) 531.
— an der Ferse (Büchler) 586.
— an der Oberlippe (Rille) 169.
— des Septum narium (Freudenthal) 99.
— der Thränendrüse (Anargyros) 532.
— der Tonsillen (Kelson) 532.
Intertrigo, Vertreibung (Smester) 148.
Jodalbacid (Meissner) 30.
Jodalkalien bei chlorfreier Diät (Sellei) 240.
— und Jodipin, Wirkung bei Syphilis (Sellei) 599.
Jodipin (Baum) 31; (Feibes) 620; (Wanke) 453; (Hönigschmidt) 453; (Paldrock) 454; (Blanck) 454.
Jodipininjektionen bei Lues und Psoriasis vulgaris (Rille) 169.
Jodismus (Calandra) 31; (Fürth) 455.
Jodkollodium bei Alopecia areata und Trichophytie (Butte) 444.
Jodoformismus (Calandra) 31.
Jodoformvergiftung (Dixon) 453.
Jodothyrin (Hönigschmidt) 454.
Jodpräparate und Quecksilber, gleichzeitige Anwendung (Lesser) 637.
Jodprobe, Allensche (Sobel) 150.
Jodsoolbäder bei Lues (Degré) 97.
Jodylin (Frieser) 31.
Iritis, blennorrhoische (Griffith) 354.
Ischias syphilitica (Niewerth) 101.
Jucken und juckende Hautkrankheiten (Neisser) 206.

Kälberlymphe, Bakterien (Fremlin) 516.
Kakodylsaure Salze bei Hautkrankheiten (Saalfeld) 31.
Kali chloricum-Zahnpaste (Bockhart) 113.
Kaposisches Granulom, Pathologie (Sellei) 497.
Karbolgangrän (Rosenberger) 41; (Fischer) 41.
Karbolsäure bei Brandwunden (Muench) 41.
Katheter, Sterilisierung (Herring) 260.
Katheterfieber (Posner) 347.
Katheterismus, Asepsis (Mankiewicz) 259.
Keloide (Berliner) 321; (Rille) 169.
Keratoma palmare (Bergh) 1.
Keratosis follicularis (Sokoloff) 18.
Keuchhusten und Impfung (Lofruscio) 57.
Kokken, feinere Struktur (Unna) 414.
Kollagenfärbung (Unna) 359.
Kongrefs, internationaler dermatologischer 212.
Koplikscher Frühsymptom der Masern (Feer) 441.
Kosmetik, Technik der (Koller) 413.
Knötcheneruption am Penis (Pinkus) 17.
Knotensyphilid (Rusch) 169.
Krankenkassen und Geschlechtskrankheiten (Neisser) 60.
Kraurosis vulvae (Ewald) 351.
Krebs (Alper) 187.
Krebsparasiten, Schüllersche (Völcker) 186.
Krebspathogenese (Marnoch) 186.

Lamellenbildung, symmetrische (Ehrmann) 74.
Laterna magica-Bilder von Exanthemen (Corlett) 468.
Lebensversicherung und Syphilis (Salomonsen) 530.
Leberatrophie bei Lues (Thurnwald) 101.
Leistendrüsenschwellungen und Syphilis (Cooper) 100.
Lepra oder Morvansche Krankheit (Crawford) 519.
— Bakteriologie (Baramikow) 59.
— Die extra- oder intracelluläre Lagerung des Hansenschen Bacillus (Pernet) 507.
— Histopathologie (Michelazzi) 520.
— als viertes Stadium der Syphilis (Robbins) 508.
— Übertragungsmöglichkeiten (Gravagna) 411.
— und Fische (Ashmead) 519.
— maculosa anaesthetica (Uhlenhut und Westphal) 58; (Daccò) 507.
— — — Behandlung (Thin) 520.
— mixta (Doutrelepont) 59.
Lepra systematica nervosa (Calderone) 254.
— tuberosa (Demitsch) 60.
— Behandlung mit Natrium cacodylicum (Raynaud) 182.
Leprainsel Molokai (May) 518.
Leprakranke, Isolierung (Ohmann-Dumesnil) 519.
— und Privatsanatorium (Besnier) 507. 519.
Lepraverbreitung durch Fische (Ashmead) 519.
Leprös er Initialaffekt (Glück) 58.
Léprose (Dom Sauton) 592.
Leukämie, lymphatische (Buschke) 17.
— Beitrag zum Studium (Germès) 637.
Leukocytenzahl bei Erythema multiforme bullosum (Audry) 631.
Leukoderma nach Psoriasis (Rille) 170.
Leukoma der Vulva und Krebs (Butlin) 352.
Leukoplakia buccalis acuta syphilitica (Chompret und Névrezé) 648.
— bucco-lingualis (Bockhardt) 164.
— der Vulva und Krebs (Butlin) 352.
Leukorrhoe, Behandlung (Chapelle) 345.
Leukotrichia annularis und andere Pigmentanomalien (Meachen) 582.
Lichen (Dockrell) 151.
— chronicus simplex (Blaschko) 128.
— — verrucosus (Blaschko) 579.
— circumscriptus (Audry) 632.
— ruber planus (Zarubin) 130; (Rille) 169; (Pinkus) 251. 579.
— — palmaris et plantaris (Dubreuilh und Le Strat) 589.
— verrucosus (Pinkus) 336.
Licht, kondensiertes, Wirkung auf die Haut (Ravogli) 177.
Lichtbehandlung (Lesser) 16; (Jordan) 333; (De Courmelles) 419; (Bang) 419; (Wolff) 420; (Leredde) 420; (Below) 420; (Petersen) 420; (Morris und Dore) 424; (von Ziemssen) 632; (Lebon) 635.
— bei Arthritis tuberculosa (Hurtado) 521.
— des Ekzems (Hellmer) 145.
Lichtdurchlässigkeit der Epidermis (Freund) 79.
Lidgeschwülste, erektile (Eeckman) 191.
Lineare Dermatosen (Balzer und Alquier) 45.
Litholapaxie unter Cocain ausgeführt (Swinburne) 587.
Lues, s. Syphilis.
Lungensyphilis (Hansemann) 534; (Lerch) 535.
Lupöses Gewebe verändert nach Röntgenbehandlung (Grouven) 522.
Lupus erythematosus, s. Ulerythema centrifugum.
— Epitheliom auf der Basis eines (Morelle) 522.

Lupus, Plasmazellen bei (Almkvist) 82.
— pernio (Rosenthal) 251.
— vulgaris (Rille) 169; (Buschke) 336.
— — des Gesichts (Holländer) 252; (Lesser) 252.
— — der Lippen (Pinkus) 579.
— — der Oberlippe (Bogrow) 404.
Lupustherapie (Petersen) 302.
— mit Jodtinktur (Snow) 94.
— mit blauem elektrischen Licht (Mirion) 95. 525.
— Finsensche (Leredde und Pautrier) 523. 626; (Morris und Dore) 524; (Kettenbrecher) 525.
— mit Formalin (Scatchard) 526.
— mit übermangansaurem Kalium (Bulle) 526.
— mit Phototherapie (Hurtado) 521.
— mit Röntgenstrahlen (Radman) 525; (Squance) 525.
— mit Serum von Maragliano (Vignolo-Lutati) 526.
— mit Tuberkulin (Gunson) 526.
— mit Wasserstoffsuperoxyd (Gunson) 526.
— mit Heifsluftbehandlung (Stapler) 94.
— und Tuberkulose (Himmel) 88.
— Neue Lampe für die (Bang) 95.
Lymphangioma (Kenerson) 192.
— tuberos. multiplex (Saalfeld) 16.
Lymphangitis beider Vorder- und Oberarme (Lesser) 579.
Lymphdrüsen bei tuberkulösen und syphilitischeu Zuständen (Verchère) 444.
Lymphgefäfs-Erkrankungen, Pathologie (Nobl) 28.
Lysoform-Dermasopol (Rohden) 32.

Maraglianoserum und Lupus (Vignolo-Lutati) 526.
Masern, s. Morbilli.
Maserngift, Tenacität (Lehmann) 471.
Massage der Urethra (Berger) 247. 252.
Mediastinitis syphilitica (Schünemann) 102.
Medikamente und Hauteruptionen (Marchetti) 459.
Meningitis tuberculosa (Simmonds) 211.
Meningo-myelitis syphilitica (Trevelyan) 103; (Raymond) 104.
Mercolint, Blaschkosches gegen Syphilis (Beck) 539.
Merkurielle Erscheinungen im Munde (Lisven) 29.
Merkursalicylat bei Elephantiasis ulcerosa (Duhot) 155.
Metallvergiftung (Gowers) 197.
Mikrobiennest des Penis (Keersmaecker) 23.
Mikrosporie (Frédéric) 305.
Mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie (Ledermann u. Blanck) 622.
Mikrosporon Audouini (Gunsett) 306.
Milien, Behandlung (Gerson) 136.
Milzbrand, Therapie (Cerruti) 155.
Milzbrandkarbunkel (Hanasievicz) 154.
Mitralstenose und hereditäre Syphilis (Bouveret) 107.
Monilethrix (Ruggles) 205.
Morbilli, Diagnose (Newcomp) 470; (Gillet) 470.
— Differentialdiagnose von Röteln (Bond) 469.
— Epidemiologie (Hagen) 469.
— Koplikscbes Frühsymptom (Feer) 471.
— Prodromalerscheinungen (Guinon) 470.
— und Angina (Saint-Philippe) 470; (Haddon) 471.
— und Influenza (Süsswein) 471.
— und Pemphigus (Richter) 51.
— oder Scharlach? (Gläser) 50.
Morbus Addisonii, s. Addisonsche Krankheit.
— maculosus Werlhofii, s. Werlhofsche Krankheit.
Morvansche Krankheit (Calderone) 254.
— — oder Lepra (Crawford) 519.
Moulages, Bedeutung der M. für den Unterricht und das Studium der Dermatologie (Lesser) 160.
Mücken von Paris (Blanchard) 598.
Mykosis fungoides Alibert (Vollmer) 80; (Ledermann) 572.
— — d'emblée (Rille) 170.
— — mit gleichzeitiger Vitiligo (Scholz) 580.
Myositis, hämorrhagische gummöse (Symonds) 538.
— und Sklerodermie (Wulff) 204.
Myxödem (Wyllys) 202.

Naevi, weiche, pigmentierte (Fick) 502.
— — Histogenese (Judalewitsch) 80.
— cystepitheliomatosi disseminati (Gassmann) 86.
Naevus flammeus (Rille) 301.
— linearis (Sokoloff) 301.
— — ichthyosiformis (Sokoloff) 301.
— pigmentosus oder spilus (Fabry) 341.
— sebaceus (Buschke) 336.
— vasculosus mollusciformis (Seifert) 341.
Nagel, chirurgische Entfernung (Baumgärtner) 462.
Nagelaffektionen, entzündliche (Pollitzer) 173.
— parasitäre (Grindon) 174.
— trophische (Zeitler) 174.

Nagelentzündungen, deren Behandlung mit Galvanokauter (Fournier) 411.
Nagelerkrankung nach gewerblicher Quecksilbervergiftung (Hirschfeld) 42.
— bei vitiliginöser Alopecie (Audry) 590.
Nagelerkrankungen, neuere Arbeiten über (Cohn) 581.
— Seltene (Ehrmann) 74.
— Behandlung (Hardaway) 175.
Narben, hypertrophische, durch Korsett veranlaßt (Audry) 632.
Narbengeschwülste, Anatomie und Klinik (Freund) 192.
Narbenkeloide (Berliner) 321.
Nasenhauterkrankung (Jadassohn) 84.
Natrium cacodylicum bei Lepra (Raynaud) 182.
Nebenhodenentzündung, s. Epididymitis.
Nebennieren, Blutung (Blaker und Bailey) 37.
Nebennierenkapsel, Tuberkulose (Vecchi) 195.
Nekrose der Vaginalwand (Lesser) 337.
Nephritis syphilitica acuta praecox mit Albuminurie (Hoffmann und Salkowski) 536.
Nervendehnung bei Ulcus varicosum (Chipault) 200.
Nervenkrankheiten, postluetische konjugale (Idelsohn) 541.
Nervensyphilis, frühzeitiges Auftreten (Fournier) 442.
Nervensystem - Syphilis (Onuf) 105; (Nonne) 311.
Neuralgien, viscerale (Renon) 537.
Neurasthenie, sexuelle (Hughes) 345.
Neuritis, blennorrhoische (Kankarowitsch) 353.
— und Pigmentation des Abdomens (Hall) 197.
Neurodermitis linearis (Fischel) 336.
Neurofibromatose (Adrian) 192.
Nieren, Durchgängigkeit bei Syphilis (Soual) 631.
Nierenläsionen bei Sublimatvergiftung (Guiranna) 451.
Nierensteine, Symptome und Diagnose (Freyer) 264.
Nierenveränderungen bei Lues congenita (Stoerk) 642.
Noma und Diphtherieserum (Strauwen) 159.
— und Soorbildung (Zusch) 158.

Oberländersche Dilatatoren und chronische Gonorrhoe (Strauss) 576.
Ödem Quinckes (Baduel) 456.
— physikal.-chem. Untersuchungen (Galeotti) 37.
Oedema migrans (Smith) 456.
Oedème blanc et bleu (Strübing) 340.
Ohrmuschel, Defekt (v. Hacker) 168.
Oleum cinereum gegen Syphilis (Maul) 143.
Onanie (Phillips) 344.
Onychoschisis symmetrica (Ehrmann) 74.
Orthoformvergiftung (Heermann) 32.
Osteochondritis syphilitica im Röntgenbild (Holzknecht und Kienböck) 538.
Osteomyelitis, syphilitische (Josserand) 537.

Pachydermia lymphangiectatica chronica des Penis (Duhot) 100.
Pagetsche Krankheit der Brustwarze (Alcock) 189.
Papillomata, intracystische und Schweißdrüsenausführungsgang (Rolleston) 582.
Pappenheim, letzte Antwort an (Almkvist) 612.
Papulöse Affektion der Achselhöhle (Fox und Fordyce) 178.
Paramers 148.
Paralyse, Pathogenese (Robertson) 540.
— Blutbeschaffenheit bei progressiver (Sabrazès und Mathis) 411.
— und Syphilis (Muratow) 104.
— juvenile, bei kongenitaler Syphilis (Smith) 539.
Paraphimose, ulcerierte, und Tetanus (Favre) 254.
Parasitologie, altägyptologische (von Oefele) 417.
Paronysis tuberculosa durch Impfung (Dalous) 589.
Pathogenese des venerischen Bubo (Colombini) 135.
Peliosis rheumatica (Rogers) 39; (Irwin) 462.
Pellagra (Rille) 170; (Galli) 458.
Pemphigus (Cottin) 445.
— chronicus circinatus serpiginosus (Tschlenoff) 501.
— bei Kindern (Meara) 156.
— neonatorum (Richter) 136.
— und Masern (Richter) 51.
— vegetans (Rille) 171. 301.
— vulgaris (Rusch) 169.
Pemphigusform, hämorrhagische und kongenitale Syphilis (Shukowsky) 539.
Penis, doppelter (Beck) 255.
— Epitheliom (Patterson) 255.
Peniscarcinom (Holländer) 252.
Pentosurie, chronische (Biel u. Blumenthal) 351.
Pericarditis syphilitica (Schünemann) 102.
Petrosapol (Ehrmann) 33.
Petrosulfol (Ehrmann) 33.
Phaneroskopie und Glasdruck (Liebreich) 160.

Phenosalyl (Ischitscherin) 33.
Phimosenoperation, Technik (Schlosser) 254.
Phlebitis nodularis necroticans (Török) 131.
Phlyktänose, rezidivierende, der Extremitäten (Carle) 444.
Phlyktänosen, rezidivierende (Audry) 77.
Phototherapie, s. Lichttherapie.
Pigmentanomalien (Meachen) 582.
Pityriasis nigra 346.
— rosea Gibert (Fiocco) 635.
— rubra Hebrae (Sokoloff) 300.
— — pilaris (Neisser) 580; (Hall) 197.
— versicolor (Sobel) 150; (Porosz) 150.
Plaque muqueuse (Young) 345.
Plasmazellen (Pappenheim) 5. 281. 289; (Almkvist) 281; (Unna) 297; (Himmel) 543.
— bei Lupus (Almkvist) 82.
Plasmazellenfrage (Joseph) 167; (Pappenheim) 167.
Plattenepithelcarcinom der Nierenkelche (Kichenski) 23.
Pleuritis, syphilitische (De Dominicis) 100.
Pocken, s. Variola.
Pockenimpfschutz, Dauer (Sobotta) 53.
Pockenkranke, Krankenpflegerin für (Pfeiffer) 52.
Polyarthritis psoriatica (Baquero) 148.
Pottasche-Schwefelsalbe, Vergiftung (Burmeister) 132.
Primäraffekt, s. Initialsklerose.
Primula obconica 44.
Proktitis (Bockhardt) 113.
Prophylaxe der geschlechtl. Krankheiten (Richter) 580.
Prostata, totale Exstirpation (Freyer) 316.
Prostatachirurgie (Wishard) 314.
Prostataerkrankungen und Gesamtkörper (Hirschberg) 314.
Prostatahypertrophie (Casamayor) 22; (Herzog) 339.
— obstruierende (Lewis) 315.
— senile (Horwitz) 316.
— und Blasentumoren (Wallace) 264.
Prostatakühler, Arzbergerscher (Reissner) 129.
— neuer (Laskowski) 315.
Prostatasteine bei chronischer Cystitis (Cleaver) 264.
Prostatektomie, perineale (Deffis) 19; (Adenot) 316.
Prostatitis, chronische (Richter) 315. 316.
Prostituierte, Absonderung 416.
Prostituierten-Immunisation 170.
Prostitution und Alkoholismus (Fournier) 411.
— und Blennorrhoe (Prowe-Chocolá) 417.
Protargoltherapie bei Blennorrhoe (Wolbarst) 176; (Jesionek) 356; (Plato) 357.
Prurigo, Ätiologie (Finger) 466.
— diathésique de Besnier (Hodara) 479.
— simplex chronicus (Warde) 308.
Pruritus ani (Banks) 207.
— senilis linguae (Baumgarten) 207.
— vulvae (Siebourg) 208.
— und Frühgeburt (Kranovitz) 208.
— und Lymphadenoma (Cottle und Dickinson) 207.
— durch Hühnerparasiten (Rasch) 172.
— localis nach Arsenikgebrauch (Doctor) 401.
Pseudoxanthoma elasticum (Tannenheim) 192.
Pseudoleukämie mit tumorartigen Hautveränderungen (Jacobsohn) 578.
Psoriasis vulgaris (Rille) 302.
— — atypische (Beyer) 147.
— — universalis nach einer Gemütsbewegung (Audry) 632.
— — Leukoderma nach (Rille) 170.
— — Behandlung (Morgenstern) 148.
— — mit Jodipin (Rille) 169.
— — mit Solutio Fowleri (Rille) 170.
— und Pyrogallolvergiftung (Rille) 171.
Pulmonalarterie, Embolie (Herzog) 339.
Purpura (Tuttle) 461; (Sandall) 462.
— bakteriologischer Befund (Silvestrini und Baduel) 38.
— chronica bei Gefäßsklerose (Gaucher und Lacapère) 38.
— bei Diphtherie (Buckley) 38; (Goodall) 461.
— haemorrhagica bei Lungentuberkulose (Cohn) 460; (Roemisch) 461.
— rheumatica (Stockman) 462.
— und Skorbut (Wilson) 584.
Pustula maligna (Carter) 153; (Knaggs) 190.
Pyelitis beim Weibe (Brown) 263.
— und Pyelonephritis (Marcuse) 628.
Pyogene Infektionen und Erysipel (Jordan) 155.

Quecksilber, Ingestion (Brocq) 142.
— Nachweis im Harn (Bardach) 350.
— Wirkung (Porter) 451.
— Wiedergewinnung aus tierischem Gewebe (Stanton) 268.
Quecksilbereinreibung, diffuse Dermatitis nach (Arkin) 42.
Quecksilberfumigation bei Syphilis (Melazzo) 108.
Quecksilber-Intoxikation (Lesser) 337.
Quecksilber- und Jodpräparate, gleichzeitige Anwendung (Lesser) 637.
Quecksilbervergiftung, gewerbliche (Hirschfeld) 42.

Radiotherapie, Verbesserungen (Béclère) 590.
Raupenausschlag (Thompson) 43.
Raupenhaar-Entzündung des Auges (Denig) 463.
Raynauds symmetrische Gangrän (Beck) 199.
Raynaudsche Krankheit (Lyle und Greiwe) 36; (Haley) 457; (Pospelow) 457; (Nèkám) 458.
— — und Sklerodermie (Pearson) 204.
Rectumstriktur, Elephantiasis vulvae und Syphilis (Waelsch) 503.
Reinfectio syphilitica (Neisser) 580.
Rekonstruktionsmethode in der pathologischen Anatomie, plastische (Petersen) 598.
Resorcin, Wirkung auf die Nieren bei jungen Kindern (Crouch) 455.
Rheumatische Ex- und Enantheme (Behrend) 36.
Rheumatismus gonorrhoicus (Schuster) 79.
— und Harnröhrenverengerung, chronischer (Torbett) 509.
Rhinosklerom (Rôna) 85; (Mantegazza) 151.
Riesengebilde in tuberkulösem Gewebe (Drôba) 192.
Ringworm (Ragvogli) 149.
Röntgenstrahlen, Hauterscheinungen (Wylie) 463.
— Einfluſs auf Haut (Scholtz) 307. 342. 505.
— bei Blasensteinen u. a. (Hayes) 348.
— und Lupus (Squance) 525.
— bei Lupus und Ulcus rodens (Startin); (Duhot) 94.
Röntgenwirkung, Studien (Holzknecht) 200.
Röteln (Windle) 469.
— und die vierte Krankheit (Weaver) 469; (Williams) 469.
— und Masern (Bond) 469.
Roseola, rezidivierende (Degré) 97; (Delherme und De Beurmann) 97.
— tardiva (Rille) 169.
Rückenmarksaffektionen, syphilitische (Hmelewski) 541.
Rückenmarkssyphilis (Procksch) 103.
Rupturen der Urethra (Marocco) 257.

Samenstrangcysten, Pathogenese (Fiori) 312.
Sarkom, Behandlung mit geschmischten Toxinen (Coley) 189.
— Behandlung mit Röntgenstrahlen (Beck) 190.
Scarlatina (Todd) 48.
— Diagnose (Variot) 49.
Scarlatina, Bakteriologie der (Gordon) 472.
— Beschaffenheit des Blutes bei (Mackie) 48.
— Infektion (Pike) 46.
— Scharlachgift, Tenacität (Lommel) 47.
— neuer Typus (Robertson) 471.
— Übertragbarkeit durch Ausfluſs aus dem Ohr (Love) 472.
— Übertragung auf Katze (Rapin) 47.
— Gangrän bei (Seubert) 473; (Buchan) 473; (Eichhorst) 473.
— Gelenkaffektionen (Horna) 49.
— Hals und Nase (Cheathan) 49.
— nervöse Erscheinungen (Moureyer) 49.
— Nierenentzündung (Kerley) 50; (Baginsky) 472.
— — bei einem 7 Wochen alten Kinde (Kroner) 472.
— pemphigoides (Benson) 472.
— traumatische (Lippmann) 47.
— oder Masern? (Gläser) 50; (Kallivoda) 50.
— und die vierte Krankheit (Weaver) 469.
— Isolierung 474.
— Therapie (Siecke) 473.
— Heilung mit Diphtherie-Antitoxin (Dalton) 49.
Scarlatinosis (Trammer) 48.
Schanker und sekundäre Syphilis (Vouzelle) 635.
— Charakteristika (Fournier) 643.
— nicht diagnostizierter (Gottheil) 643.
— harter, s. Initialsklerose.
— weicher, s. Ulcus molle.
Schlafpollutionen (Porosz) 61.
Schleichs Methoden (Wittkowski) 418.
Schmierkur gegen intramuskuläre Einspritzung (Marshall) 143.
— prophylaktische der Eltern (Heddaeus) 638.
Schüllersche Krebsparasiten (Völcker) 186.
Schwefelwasserstoff, Vergiftung (Burmeister) 132.
— bei Variola (Nokowski) 53.
Schweifs, kritischer, Erklärung (Török) 209.
Schweifsdrüsen an den Hinterpfoten der Katze, Über die Fettsekretion der (Ledermann) 85.
Schweifsdrüsenausführungsgang und intracystische Papillomata (Rolleston) 582.
Schwellkörper des Gliedes, Plastische Verhärtung der (Englisch) 255.
Seborrhoe (Sabouraud) 140. 442.
— Mikrobacillus (Schamberg) 584.
— Behandlung mit Benzin (Leftwich) 150.
Sectio alta (Blagowjetschtschenski) 173.

Sekundärinfektion bei Tuberkulose der Harnorgane (Suter) 78.
Serumbehandlung von Erysipel (Jez) 157.
Sexuelle Unmäfsigkeit (Drennan) 312.
— Neurasthenie (Hughes) 345. 348.
Silber, lösliches (Dworetzky) 33.
Simplexbinde (Gerson) 129.
Sklerodermie (Porter) 203; (Neumann) 204; (Rille) 301.
— circumscripte, und Electrolyse (Löwenheim) 580.
— streifenförmige, in der Voigtschen Grenzlinie (Lion) 580.
— und Angina (Leven) 308.
— und idiopathische Atrophie der Haut (Metscherski) 502.
— mit Myositis (Wulff) 204.
— und Raynaudsche Krankheit (Rolleston und Pearson) 204.
— und Stoffwechsel (Tedeschi) 204.
— Urticaria factitia bei (Bettmann) 36.
Sklerom des Kehlkopfs (Juffinger) 169.
Skorbut, Ätiologie und Pathologie (Camp) 460.
— infantilis (Cantley) 39.
— mit Purpura (Wilson) 584.
Skrophuloderma (Metscherski) 130.
Skrophulose, Innunktionskur (Rohden) 525.
Smegmolithen (Majocchi) 303. 342. 505.
Soorbildung und Noma (Zusch) 158.
Soziale Aussichten der Dermatologie (Morris) 108.
Sozojodol-Natrium, Anwendung (Gouladze) 455.
Spina bifida occulta (Kellner) 211.
Spinalparalyse, spastische (Bozzlo) 104.
Spontangangrän bei einem Säugling (Bowes) 199.
Spontankeloide (Rille) 169; (Berliner) 321.
Spüldehner (Kollmann und Wossidlo) 78.
Spülflüssigkeit bei Cystoskopie (Warschauer) 581.
Squamöse Dermatosen, abnorme (Casoli) 253.
Stahlsonden, durchbohrte (Saalfeld) 17.
Staphylococcus albus (Holmes und Bulloch) 465.
Steinkrankheit, Verbreitung (Sergujewski) 591.
— und Plantago major (Vordermann) 267.
Steinoperationen (Adams) 266.
Stenose der Vagina (Rille) 301.
Stomatitis, merkurielle (Bockhardt) 118.
Streifzüge, historische (Cohn) 566.
Streptokokken bei Infektion der Harnwege (Faltin) 581.
Striae atrophicae linearis (Chirivino) 198.
Striktur beim Weibe (Imbert und Loubeyran) 180.
— und chronischer Rheumatismus (Torbett) 509.
— Elektrolyse bei (Cholzow) 258.
Stukowenkows Methode (Bardach) 452.
Stypticin (Kaufmann) 161.
Sublimatinjektionen, intravenöse (Lichatscheff) 142.
Sublimatvergiftung und Nierenläsion (Giuranna) 451.
Symphaticus, Chirurgie (Garampazzi) 208.
Syphilid, aggregiertes, kleinpapulöses (Epstein) 580.
Syphilis, Formulaire pratique pour le traitement de (Marmonier) 592.
— Pathologie und Therapie (Knopf und Marcuse) 530.
— Ursprung (Bloch) 24.
— amerikanischer Ursprung (Klebs) 527.
— in Indochina (Jeanselme) 76.
— im Gouvernement Tschernigow (Generopitowzeff) 95.
— Ätiologie (Robin) 642; (Niessen) 529.
— Diagnose (Cabot) 645.
— — bei einer Amme (Thomas) 644.
— Hämatologie (Verrotti) 644.
— Blutbeschaffenheit (Sabrazès und Mathis) 411.
— Blutuntersuchungen (Oppenheim und Löwenbach) 529; (Wärnen) 529.
— zweifelhafte Fälle, aufgeklärt durch Blutuntersuchung (Verrotti) 644.
— Durchgängigkeit der Nieren bei (Soual) 631.
— Toxicität des Urins bei (Soual) 631.
— und Schanker, Sekundäre (Vouzelle) 635.
— primäre, als lokale Affektion (Reiss) 81.
— Übertragbarkeit 646.
— Übertragungsweise (Friedländer) 526.
— Übertragung auf Schweine (Neisser) 389.
— unerkannte (Bulkley) 643.
— Nicht-Infektiosität der Milch bei frischer (Leven) 307.
— Häufigkeit bei Beschnittenen und Unbeschnittenen (Powell) 528.
— ohne Primärläsion (Jullien) 531.
— insontium (Shelmire) 347.
— der Findlinge (Pini) 106.
— der Kinder (Rothschild) 646; (Karcher) 106.
— der Mutter und Fötus (Riehl) 106.
— und Leistendrüsenschwellungen (Cooper) 100.
— Komplikationen der Haut (Engman) 532.
— Fall von (Richter) 531.

Syphilis, Kasuistik (Glawsche) 404.
— ungewöhnliches Symptom sekundärer (Skirving) 531.
— Druckwirkungen bei warzigen Wucherungen der Frühsyphilis (Shillitoe) 530.
— Residivierende Roseola (Degré) 97.
— nervosa praecox (Fournier) 649.
— uterina tarda (Spinelli) 536.
— verrucosa (Blaschko) 128.
— viscerale (Schlagenhaufer) 504.
— tertiäre (Epstein) 633; (Rimscha) 649.
— schwere tertiäre (Cassel) 16.
— und Augenstörungen (Schwarz) 102.
— des Darmes (Verebély) 98.
— der Leber (Flexner) 648.
— Leberatrophie bei (Thurnwald) 101.
— an den Lippen (Lieven) 99.
— der Lungen (Hansemann) 534; (Lerch) 535.
— der Mundhöhle (Finger) 533.
— der Nase und des Halses (Gleason) 647.
— des Rachens (Levinger) 534.
— Rectumstriktur und Elephantiasis vulvae (Waelsch) 503.
— vom neurologischen Standpunkt (Hope) 640.
— und Nervensystem (Nonne) 311.
— des Nervensystems (Onuf) 105; (Collins) 596; (Roux) 650.
— des Gehirns (Ziemssen) 103.
— und gekreuzte Lähmung (Raymond) 596.
— und Paralyse (Muratow) 104.
— Postsyphilitische konjugale Nervenkrankheiten (Idelsohn) 541.
— und Lepra (Robbins) 508.
— und Ulcus molle (Finger) 643.
— auf der Bühne (Fournier) 133.
— die Folgen der (Matthes) 647.
— Kampf gegen (Dubois-Havenith) 640.
— gesetzliche Kontrollierung (Bulkley) 528.
— Verein zur Bekämpfung 95.
— Verhütung und Bekämpfung (Ledermann) 639.
— und Ehe (Hardaway) 640; (Dubois-Havenith) 642.
— und Heirat (Lydston) 527.
— und Ehekonsens 646.
— und Ehescheidung (Profeta) 253; (Heller) 527.
— und Lebensversicherung (Salomonsen) 530.
— Behandlung (Civatte und Fraisse) 76; (O'Donovan) 344, 597; (Daubresse) 638.
— gegenwärtiger Stand (Klingmüller) 597.
— Zahl der Heilmittel 645.
Syphilis, mit Blaschkoschem „Mercolint" behandelt (Beck) 559.
— mit Injektionskuren (Stern) 107.
— mit intramuskulärer Injektion und die Schmierkur (Marshall) 143.
— mit Oleum cinereum gegen (Maul) 143.
— und Quecksilber (Ayres) 598.
— mit Quecksilberfumigation (Melazzo) 108.
— mit Jodipin (Rille) 169.
— Wirkung der Jodalkalien und des Jodipins bei (Sellei) 599.
— mit Jodsoolbädern (Degré) 97.
— mit Schwefelbädern (Vidal) 589.
— mit Serum (Lichatscheff) 130.
— hereditaria (Jordan) 334.
— — Symptome (Johnson) 640.
— — in dritter Generation (Heddaeus) 642.
— — mit hämorrhagischer Pemphigusform (Shukowsky) 539.
— — und juvenile Paralyse (Smith) 539.
— — Nierenveränderungen bei (Stoerk) 642.
— — Ophthalmoskopische Stigmata bei (Antonelli) 106.
— — und Mitralstenose (Bouveret) 107.
— — tarda der Larynx (Röhr) 107.
Syphilisbacillus (De Lille u. Jullien) 96.
Syphilitica cutanea (Katz) 532.
Syphilitiker, Harnstoffausscheidung im Urin der (Soual) 631.
Syphilitische Aortitis und viscerale Neuralgien (Renon) 537.
— Arterienerkrankung (Gowers) 537.
— Augenerkrankungen in der zweiten Generation (Strsheminski) 588.
— Affektion der Bronchien, Lungen und Pleura (Gwyn) 648.
— Diabetes mellitus (Hemptenmacher) 536.
— Endarteriitis (Cavazzani) 102.
— Endocarditis (Breitmann) 102.
— Geistesstörung (Walker, Diller und Burns) 540.
— Glossitis (Blagowolin) 300.
— Gummata (Maclaren) 533.
— — und Jacksonsche Epilepsie (Dieulafoy) 596.
— Heredität (Mac Ilwaine) 538.
— Infektion auf aufsergeschlechtlichem Wege (Rosenquist) 531.
— Ischias (Niewerth) 101.
— Zerstörung der Kopfhaut (Isaac) 337.
— Leukoplakia buccalis (Chompret und Névrezé) 648.
— Läsionen des Magens (Fenwick) 535.
— Mediastinitis (Schünemann) 102.
— Meningo-myelitis (Trevelyan) 103; (Raymond) 104.
— Myositis, gummöse (Symonds) 538.
— Nephritis acuta praecox (Hoffmann und Salkowski) 536.

Syphilitische Osteochondritis im Röntgenbild (Holzknecht und Kienböck) 538.
— Osteomyelitis (Josserand) 537.
— Pericarditis (Schünemann) 102.
— Pleuritis (De Dominicis) 100.
— Pneumonie (Gibbon) 648.
— Rückenmarksaffektionen (Kujalnitzki) 541.
Syringomyelie (Calderone) 254.
— abnormer Fall (Dekeyser) 596.

Tabes dorsalis, Ätiologie (Pansini) 595.
— — und syphilitische Ätiologie (Gläser) 137.
— — Blutbeschaffenheit bei (Sabrazès und Mathis) 411.
— — incipiens (Plien) 103.
— — juvenile (Jarnes) 542.
— — bei Eheleuten (Hudovernig) 541.
— — Merkurialbehandlung (Bockhardt) 12.
Talgdrüsenhypertrophie, chronische (Marullo) 627.
Teervasogen (Goldmann) 122.
Teratom des Hodens (Hendrickson) 313.
Tetanus bei ulcerierter Paraphimose (Favre) 254.
Teutonpräparate (Vaida) 34.
Thalliumalopecie (Buschke) 17.
Thiosinamin 326.
Tinea imbricata (Koch) 302.
— versicolor (Allen) 345.
Tonsillen, Primärsyphilid der (Kelson) 532.
Tonsillotomie, Hautausschlag nach (Wingrave) 36.
Tripper, s. Blennorrhoe.
Tripperrheumatismus (Lesser) 579.
Trichophytie, Behandlung mit Jodkollodium (Butte) 444.
— Experimentaluntersuchung (Truffi) 183. 442.
Trichophyton und Favus (Truffi) 253.
Trichosis lumbalis (Kellner) 211.
Tuberkulide (Klebs) 93.
— acneiforme (Török) 131.
Tuberkulosis verrucosa cutis (Schmidt) 16; (Blaschko) 579; (Metscherski) 404.
Tuberkulin und Lupus vulgaris (Gunson) 526.
Tuberculodermata, moderne Behandlung (Aronstam) 522.
Tuberkulöse Abscesse behandelt mit Wasserstoffsuperoxyd (Gunson) 426.
— Geschwüre des äußeren Genitals (Ehrmann) 93.
— — der Vulva und Vagina (Secchi) 183.
— Hautaffektionen (Lesser) 252.
Tuberkulose, Innunktionskur (Rohden) 525.
— und Lupus (Himmel) 88.
— der Mundschleimhaut (Pinkus) 579.
Tylosis palmarum (Schütz) 305.

Überimpfung von Syphilis auf Schweine (Neisser) 502.
Ulcera varicosa, chirurgische Behandlung (Nardi) 200.
Ulcus bullosum chronicum des Unterschenkels (Du Castel) 411.
— induratum der Nasenspitze (Shiwult) 404.
— molle und Erythema nodosum (Druelle) 134.
— — und Syphilis (Finger) 643.
— — Folliculitis squamo-ulcerosa bei (Feliciani) 182.
— rodens, Behandlung mit X-Strahlen (Sequeira) 190; (Startin) 94; (Duhot) 94; (Schultze) 201.
— — und Finsens Lichttherapie (Morris und Dore) 524.
Ulerythema centrifugum (Rosenthal) 251; (Rille) 170. 501.
— — discoides und Tuberkulose (Pick) 132.
Ultraviolettes Licht zur Behandlung von Hautkrankheiten (Walsham) 420.
Unterschenkelgeschwüre (Lissau) 201.
— Behandlung (Walbaum) 201.
Unterschenkelvaricen, thromboisierte (Kramer) 200.
Ureterencystoskop (Bransford) 343; (Lewis) 343.
Ureterenkatheterismus (Loeb) 261; (Lewis) 343.
Ureterenmündungen, vier (Beck) 255.
Ureterenstein, Symptom und Diagnose (Freyer) 264.
Ureteren-Topographie (Robinson) 348.
Urethra, Cystenbildung in der (Schwerin) 582.
— Divertikel der (Köster) 352.
— doppelte (Duhot) 406.
— Gewebsneubildung in der (Dowd) 585.
— traumatische Zerreißung (Guyon) 405.
Urethracarcinom (Battle) 258.
Urethralstein, Entfernung durch Harnröhrenschnitt (Loumeau) 259.
Urethramassage (Berger) 247. 252.
Urethrarupturen (Marocco) 257.
Urethritis beim Mann (Handly) 343.
— akute, hervorgerufen durch Staphylokokken (Malherbe) 23.
— anterior durch Bacterium coli (Ledermann) 253.
— und Bacterium coli commune, post-blennorrhoische (Ledermann) 624.
Urethrospasmus (Fuchs) 258.

Urethrotomie (Lydston) 175.
Urethrovesikale Eingriffe, Dauersonde für (Negrete) 256.
Urin, s. Harn.
Urininfiltration (Parker) 257.
Urologie, Asepsis und Antisepsis (Stein) 211.
Urotropin, Hämaturie nach (Milligan) 319.
— Albuminurie nach (Griffith) 319.
Urticaria chronica (Warnecke) 136.
— factícia bei Sklerodermie (Bettmann) 36.
— haemorrhagica (Blaschko) 16.
— perstans (Pospelow) 404.
— pigmentosa (Raab) 195; (Blumer) 213.
— — congenita (Raab) 580.
— postdiphtheritica (Walsh) 457.
— durch Wespenstich (Parry) 463.

Vaccination (Blass) 54.
— in Bayern (Stumpf) 513.
— Technik der (Packara) 514.
— im allgemeinen (Kubin) 514.
— Schwangerer, Wöchnerinnen und Neugeborener (Palm) 515.
— Unfreiwillige (Mac Lennan) 515; (Palm) 515.
— und Impfausschläge (van Harlingen) 517.
— und Erythema multiforme (Walker) 518.
— und Immunität (Böing) 514; (Webster) 514.
— Moderne Methoden der (Copeman) 514.
— Paronysis tuberculosa durch (Dalous) 589.
— und Keuchhusten (Lofruscio) 57.
— bei Variola (Morely) 53.
Vaccine, Merkmal echter (Welch und Schamberg) 517.
Vaccine- und Variola-Erreger (Funck) 55.
Vaccinekörperchen (Gorini) 54.
Vaccinia generalisata (Heidingsfeld) 350.
— seröse (Kirk) 57.
— und Menschenpocken (Copeman) 514.
— und Variola, ätiologischer Faktor (Copeman) 516.
Vaginitis blennorrhoica (Chapelle) 345.
Varicella (Matthew) 474.
— septica (Hausch) 51.
Varicen, chirurgische Behandlung (Nardi) 200.
Varicocele (Bennest) 313.
Variola (Huddleston) 56; (Little) 583; (Corlett) 512.
— geschichtliche Notiz (Tyson) 474.
— in Edinburgh (Littlejohn) 475.
— in Glasgow 475.
— in Kalamazoo (Mac Gugan) 476.
Variola in London 476.
— am Michiganasyl in Kalamazoo (Mac Gugan) 476.
— in Nottingham (Boobyer) 475.
— in Schottland 474. 475.
— Initialsymptome (Welch und Schamberg) 476.
— Prophylaxe (Cleemann) 474.
— Differentialdiagnose (Maccombie) 512.
— haemorrhagica (James) 512.
— intravenöse Therapie (Hepp) 513.
— konfluierende (Cnocker) 512.
— Mortalität bei (Macdonnell) 512.
— milder Typus (Montizambert) 511.
— Rezidive (Hervieux) 511.
— Haematopoiese bei (Weil) 52.
— und Vaccinia (Copeman) 514. 516.
— Behandlung mit Schwefelwasserstoff (Nokowski, 52.
Varix lymphatica durch Filaria (Opie) 210.
Venenerweiterung (Lipmann-Wulf) 250.
Venensyphilis (Proksch) 103.
Venensystem, pathologische Bildungen (Lesser) 252.
Venerisch-kontagiöse Krankheiten, Prophylaxe (Desmous) 444.
Venerische Krankheiten in warmen Ländern (Scheube) 416.
— Bubo (Colombini) 135.
Vergiftung mit Hydrargyrum oxycyanatum (Lottmann) 452.
Vestibulum der Nase (Dermatosen) 143.
Vierte Krankheit (Weaver) 469.
Vioform (Krecke) 456.
Vitiligo und Mykosis fungoides (Schulz) 580.
Volksbäder, deutsche Gesellschaft 137. 542.
Vulvo-Urethritis blennorrhoica (Gravagna) 442.

Wangenkrebs, Therapie (Schweitzer) 159.
Wasserstoffsuperoxyd, Anwendung (Schmier) 456.
— für Lupus und tuberkulöse Abscesse (Gunson) 526.
Warzigen Wucherungen der Frühsyphilis, Druckwirkungen bei (Shillitoe) 530.
Werlhofsche Krankheit (Gerson) 16; (Nikitin) 58; (Metscherski) 300. 404.
Wiederimpfung, Empfänglichkeit gegen (Andrewes) 515.
Winkelmannsche Radikaloperation der Hydrocele (Lauenstein) 313.
Wundbedeckung mit v. Brunsscher Airolpaste (Honsell) 454.
Wunden und Geschwüre, Mechanische Behandlung (Heermann) 202.

Xanthoma tuberosum (Duhot) 192.
Xeroderma pigmentosum (Halle) 203.

Yohimbin Spiegel (Krawkoff) 34; (Loewy) 35; (Kühn) 456.
Yohimbin bei Impotenz (Duhot) 267.

Zoster, Häufigkeit (Hoennicke) 44.
— nach Ergotin (Druelle) 44.
— bei Tuberkulösen (Yeoman) 468.
— Alcoholverband bei (Hellmer) 45.
Zottenpolype der Harnblase (Suter) 582.
Zucker-Nachweis im Harn (Cipollina) 351.
Zungengrund, glatte Atrophie (Heller) 534.

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

Acherlediani, Ein Fall von Heilung des Wasserkrebses (Noma) 158.
Acton, W., 255.
Adams, Bemerkungen über 206 Steinoperationen 266.
Addison 46. 197. 198.
Adenot, Partielle perineale Prostatectomie 316.
Adrian, C., Über Neurofibromatose und ihre Komplikationen 192.
Albarran 343. 409.
Alcock, Ein Fall von Pagetscher Krankheit der Brustwarze im frühen Lebensalter 189.
Alexander, A., Zur Klinik und Histologie der Folliclis 521.
Alibert 108. 321.
Allen, Ch. W., Zur Behandlung der Hautepitheliome 188.
— Neuere klinische Beobachtungen über Tinea versicolor 345.
— 150.
Alquier und Balzer, Die linearen Dermatosen 45.
*Almkvist, J., Weiteres zur Plasmazellenfrage 281.
— Meine letzte Antwort an Herrn Dr. A. Pappenheim 612.
— Bemerkungen zu den von Unna genannten „Almkvistschen" Plasmazellen 617.
— Beiträge zur Kenntnis der Plasmazellen, insbesondere beim Lupus 82.
— 1. 6. 7. 8. 9. 167. 168. 280. 281. 283. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 299. 615. 616. 617. 620.
Alpár, A., Referate 54. 93. 99. 147. 149. 208. 209. 358. 458. 589. 542.
Alper, Über Krebs, speziell Hautkrebs 187.
Alpers 188.
Altmann 550.
De Amicis, T., Die Nachkommenschaft der Hereditärsyphilitischen und die Liga gegen die Syphilis 642.
Anargyros, Ein Fall von Primäraffekt der Thränendrüse 532.
Andrewes, Einige Zahlen in Bezug auf die Empfänglichkeit gegen Wiederimpfung 515.
Anger 406.
Antonelli, Ophthalmoskopische Stigmata der Heredosyphilis 106.
Aran-Duchesne 594.
Arkin, Ein Fall von diffuser Dermatitis nach Hg-Einreibung 42.
Arning, 58. 128.
Aronstam, Die moderne Behandlung der Tuberculodermata 522.
D'Arsonval 443. 444.
Arzberger 129.
Ascoli und F. de Grazia, Zur Verteilung der Eiweifsschlacken im Harn 319.
Ashmead, Sind Fische der „dritte Faktor" bei der Verbreitung der Lepra? 519.
Astruc 24.
Aubert 241.
Audax, Wie werde ich verrückt? Intimstes aus der Sprechstunde eines Arztes 138.
Audry, Über recidivierende Phlyktänosen der Extremitäten (Acne dermatitis continua nach Hallopeau) 77.
— Einige Bemerkungen über Form und Farbe der Haut und ihrer Anhänge 182.
— Ein Fall von angeborener Alopecie 411.
— Erkrankung der Nägel in einem Fall von vitiliginöser Alopecie 590.
— Durch das Korsett hervorgerufene hypertrophische Narben 632.
— Psoriasis universalis nach einer Gemütsbewegung 632.

Audry, Über die circumscripten Formen der Dermatitis herpetiformis 632.
— Über einen Fall von Lichen circumscriptus 632.
— 183. 424. 425. 427. 444. 445. 637.
Aufrecht 331. 525.
D'Auria, Ein Fall von Morbus Addisonii 197.
Auspitz 276. 277.
Ayres, W., Die Behandlung der Syphilis mit besonderer Berücksichtigung der besten Methode der Quecksilberdarreichung 598.

Baduel, Quinckes Ödem 456.
— 38.
— und Silvestrini, Über den bakteriologischen Befund bei der Purpura 38.
Baginsky, A., Über Scharlach-Nierenentzündung 472.
Bailey und Blaker, Über einige Fälle von Blutung in der Haut und den Nebennieren 37.
Balacescu, Sofortige Cystorrhaphie nach der Sectio alta (suprapubica) 266.
Báliet, R., 243. 599.
Balzer 192.
— und Alquier, Die linearen Dermatosen 45.
— und P. Lecorun, Klinischer Beitrag zum Studium der linearen Dermatosen78.
Bancrofti 210.
Bandler 503.
Bang, S., Der gegenwärtige Stand der biologischen Lichtforschung und der Lichttherapie 419.
— Eine neue Lampe für die Lupusbehandlung 95.
— 79. 110.
Bangs 16. 524.
Banks, Über die Vernachlässigung des Kauters in der Chirurgie und über seinen Nutzen bei der Behandlung des Pruritus ani 207.
Baramikow, Beitrag zur Bakteriologie der Lepra 59.
Barbiani, Die Gonokokkämie 441.
Bardach, B., Zum Nachweis von Quecksilber im Harn 350.
— Über Stukowenkows Methode der quantitativen Quecksilberbestimmung im Harn 452.
Bardeleben 463.
Bardwell, Die lokale Behandlung der Blennorrhoe 356.
Barendt 46. 401.
Barié, E., Herpes zoster bei Tuberkulösen 468.
Barlow, 107.
Barthélemy 131. 522.
Baquero, J., Polyarthritis psoriatica 148.
Barsky 278. 279.
Bassaget 1.
Batemann 108.
Battle, Ein Fall von Carcinom der Urethra und Harnblase; Entfernung der Neubildung und Verschluſs der unterm Schambein entstandenen Öffnung bei Dauerdrainage oberhalb desselben 258.
Bauer 80.
Bäumer 139. 222. 224. 225. 226. 227. 229. 230. 231. 232. 234. 235.
Baum, W., Über die Anwendung und therapeutischen Indikationen des Jodipins 31.
Baumann 350.
Baumgarten, E., Pruritus senilis linguae 207.
v. Baumgarten 10. 294.
Baumgärtner, Die chirurgische Entfernung des Nagels 462.
Bayerl, Eine Harnblasenschuſsverletzung 264.
Bazin 79. 311. 579.
Beck, Carl, Über Sarkombehandlung mittelst der Röntgenstrahlen 190.
— Einige neue Momente in Bezug auf Raynauds symmetrische Gangrän 199.
— Ein Fall von doppeltem Penis, kombiniert mit Blasenexstrophie und vier Ureterenmündungen 255.
— Die Operation der Hypospadie 255.
Beck, R., Ein Gelsenstich mit heftiger Reaktion 40.
Beck, S., Über die Behandlung der hereditären oder acquirierten Syphilis der Säuglinge und Kinder mit dem Blaschkoschen „Mercolint“ 539.
Béclère, Verbesserungen in der Radiotherapie 590.
Behrend, M., Über rheumatische Ex- und Enantheme 35.
Behrmann, S., Über die Mängel der am meisten üblichen Behandlung der akuten und zur Prophylaxe der chronischen Blennorrhoe 171. 172.
— 580.
Bell, Über ödematösen und erysipelatoiden Anthrax 154.
Below, E., Reform des Lichtheilverfahrens bei Hautkrankheiten 420.
Belzer, B., Über die Behandlung mit Dr. Freys Heifsluftdouche 419.
Bénard 165. 166.
Benassi und Vignolo-Lutati, Airol in der Therapie der Blennorrhoe 442.
Benda 9.
Benecke 361. 378. 379. 388.
Béniqué 257.
Bennest, Über Varicocel 313.
Benoist 590.
Benson, M., Scarlatina pemphigoides 472.

*Berger, Die Massage der Urethra 247.
— Massage der Urethralschleimhaut 252.
Berg 240.
Bergengrün 507.
Berger 129.
*Bergh, R., Fall von Keratoma palmare et plantare hereditarium 1.
Bergonié 258.
*Berliner, Carl, Über spontane und Narbenkeloide 321.
— Referate 46. 87. 133. 134. 137. 150. 153. 179. 190. 197. 203. 204. 207. 211. 260. 265. 266. 307. 309. 313. 319. 320. 343. 350. 353. 354. 455. 456. 462. 463. 467. 471. 472. 474. 475. 476. 477. 506. 512. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 521. 525. 526. 531. 533. 538. 540. 584. 588. 628.
— 79.
Bernatzik 240.
Béron, B., Ein Fall von Acanthosis nigricans 504.
Besançon 135.
Besnier, E., Über einen Plan zur Errichtung eines Privatsanatoriums für Lepröse in der Gemeinde Rouceux bei Neufchâteau (Vogesen) 507.
— Über ein beabsichtigtes „Privatsanatorium“ für Leprakranke in der Gemeinde Rouceux bei Neufchâteau (Vogesen) 519.
— 1. 4. 111. 131. 141. 166. 241. 305. 447. 448. 466. 479. 481. 484. 492.
Bettmann, Über eine besondere Form von Urticaria factitia bei der Sklerodermie 36.
— „Chlor-Akne“, eine besondere Form von professioneller Hauterkrankung 42.
— 459.
De Beurmann und Delherm, Über eine eigentümliche Anordnung der rezidivierenden Roseola: Anordnung längs der Interkostalräume, baumförmige Roseola 97.
Beyer, A., Über atypische Psoriasis 147.
Biel, Beobachtungen und Versuche bei chronischer Pentosurie 351.
Billroth 161. 173.
Binswanger 453.
Binz 24. 26. 117. 241.
Biondi 374.
Birch-Hirschfeld 293.
Bizzozzero 429. 432.
Blagowjetschtschenski, Beitrag zur Frage der Sectio alta bei totaler narbiger Impermeabilität der Harnröhre und Harnfisteln 173.
Blagowolin, Glossitis ulcerosa luetica 300.
Blaker und Bailey, Über einige Fälle von Blutung in der Haut und den Nebennieren 37.
Blanchard, Die Mücken von Paris 598.
Blanck und Ledermann, Die mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie 622.
Blaschko, Urticaria haemorrhagica 16.
— Lichen chronicus simplex 128.
— Syphilis verrucosa 128.
— Tuberculosis verrucosa cutis 579.
— 16. 17. 80. 128. 129. 336. 337. 338. 447. 507. 519. 539. 579. 580.
Blass, C., Die Impfung und ihre Technik 57.
Blaufus und Imbert, Bemerkung über einen Fall von Fibrinurie mit Albuminurie ohne Hämaturie 409.
Blaxall 174.
Bleasdale, Ein Fall von diffuser Sklerodermie 203.
Bloch, I., Der Ursprung der Syphilis. Eine medizinische und kulturgeschichtliche Untersuchung. Erste Abteilung 24.
— Referate 442. 642.
— 527.
Block, F., Welche Maßnahmen können behufs Steuerung der Zunahme der Geschlechtskrankheiten ergriffen werden? 416.
Blomquist 605.
Blumenthal, F., und Biel, Chronische Pentosurie 351.
*Blumer, L., Beiträge zur Kenntnis der Urticaria pigmentosa 213.
*Bockhart, M., Über die Merkurialbehandlung der Tabeskranken 12.
*— Über die Ätiologie und Prophylaxe der merkuriellen Stomatitis und Proktitis 113.
*— Über die Behandlung der Leukoplakia bucco-lingualis 164.
— 118.
Bodin, E., Über die Botryomycosis humana 629.
— 192.
Bodmann 26.
Boeck, C., 507. 519.
Böckh 113.
Böhm, J., Primäre Actinomycosis cutis am Hinterhaupte 504.
— 268.
Böing, Vom Impfzwang 53.
— Impfschutz, Impfgesetz und Impfstatistik 53.
— Vom Impfschutz 514.
Boennecken 114. 118.
Boeri 318.
Bogrow, Lupus vulgaris der Oberlippe 464.
Bolton, B., Einige Folgeerscheinungen der Bottinischen Operation gegen Prostatahypertrophie 317.
Bond, C. K., Masern als zweite Attacke und deren Differentialdiagnose von Röteln 469.
Bonin 183. 424. 427.

Bonnet, Dermatomyositis 153.
Boobbyer, Variola in Nottingham 475.
Bordier 258. 259.
Born 598.
Bose 443.
Bottini 181. 315. 316. 338. 347.
Bouchard 481.
Bouveret, Mitralstenose und hereditäre Syphilis 107.
Bowen, J. T., Über bullöse Dermatitis (Dermatitis herpetiformis?) bei Kindern 18.
— 517.
Bowes, Ein Fall von Spontangangrän bei einem Säugling 199.
Bowles 79.
Bozzlo, Spastische Spinalparalyse syphilitischer Natur 104.
Brabec, Über nosocomiale Gangrän 157.
Braun, F., Beitrag zur Anwendung des Airols in der Praxis 454.
Breda 635.
Breitmann, Über syphilitische Endocarditis 102.
Brenner 343.
Brocq, L., Die Behandlung der Syphilis durch Ingestion von Quecksilber 142.
— Erythrodermia congenitalis ichthyosiformis mit Hyper-Epidermotrophie 410
— 111. 170. 278. 308. 442. 479. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 488. 489. 491. 492. 495. 530.
Bronson, Über die Natur der bösartigen Hautkrankheiten und ihre Übergangsformen 19.
— Ein Fall von Gangrän bei einem neugeborenen Kinde 175.
Brooke 1. 86. 87. 401. 621. 622.
Broter, L., Die Behandlung der akuten Blennorrhoe 356.
Brownlie, Ichthyol bei Erythema nodosum 153.
Brown, Th. R., Zur Diagnose, Ätiologie, Prophylaxe und Behandlung der Cystitis, Pyelitis und Pyelonephritis beim Weibe 263.
Brown, W. L., Hämaturie nach Urotropingaben 320.
Brown-Sequard 467. 641.
Brummall, Die sogenannte Pockenepidemie 51.
Bruns 454.
Buchan, Ein Fall von trockener Gangrän bei Scarlatina 473.
Büchler, A. T., Initialsklerose an der Ferse 586.
Buchheim 241.
Buchner 45.
Buchwald 18.
Buckley, Eine seltene Form von Purpura als Komplikation bei Diphtherie 88.
Bulkley, L. D., Syphilis als eine nicht venerische Erkrankung, nebst einem Plaidoyer für die gesetzliche Kontrollierung derselben 528.
Bulkley, L. D., Unerkannte Syphilis in der allgemeinen Praxis 643.
— 174.
Bulle, Behandlung des Lupus mit übermangansaurem Kalium 526.
Bulloch und Holmes, Hydroa gestationis durch Staphylococcus albus bedingt 465.
Bultin, Leukoma oder Leukoplakie der Vulva und Krebs 352.
Burdach 37.
Burgsdorf 333.
Buri 79.
Burckhardt (Basel) 582.
Burkhardt, Ernst 23. 352.
Burmeister, J., Hauttuberkulose 92.
— Ein Fall von Schwefelwasserstoff- (resp. Schwefelalkali-) Vergiftung bei einem Krätzekranken nach äufserlicher Anwendung von Pottasche-Schwefelsalbe 132.
— 277. 278.
Buschke, Thalliumalopecie bei einem Kaninchen 17.
— Lymphatische Leukämie 17.
— Hautatrophie 17.
— Naevus sebaceus am behaarten Kopf 336.
— Lupus vulgaris an der linken Gesäfshälfte 336.
Busquet und J. Crespin, Über einen in Algerien beobachteten Fall von Framboesia, welcher durch einen Staphylococcus bedingt zu sein scheint 152.
Butte, Behandlung der Alopecia areata und der Trichophytien mit Jodkollodium 444.
Buttermilch, Beiträge zur Ätiologie, Diagnose und Therapie der Bacteriurie 320.
Buzzi 622.

Cabot, F., Diagnose und Behandlung der Syphilis 645.
— 48.
Caiger 459.
Calandra, Jodismus und Jodoformismus. Beitrag zur Kenntnis der Arzneiexantheme 31.
Calderone, Beitrag zum Studium der fettsecernierenden Drüsen in der Mundschleimhaut des Menschen 183.
— Klinischer, bakteriologischer und anatomo-pathologischer Beitrag zum Studium der Lepra systematica nervosa, der Syringomyelie und der Morvan'schen Krankheit 254.
— 436.
Callari, Gerodorma, Infantilismus, Feminismus 198.

Cammidge, Ein Fall von Cystinurie, bei dem Cadaverin im Urin nachgewiesen wurde 350.
Cantrell 44.
Carle, Ein Fall von rezidivierender Phlyktänose der Extremitäten 444.
— und Montagart, Über die Eosinophilie bei der Duhringschen Dermatitis 465.
Carter, Pustula maligna, Bericht über 2 Fälle 153.
Casamayor, Behandlung der Prostatahypertrophie auf Grund einer neuen ätiologischen Auffassung 22.
Casoli, Abnorme squamöse Dermatosen 183. 253.
Caspary, Über einen Fall von Darierscher Krankheit 190.
— 627.
Casper, L. 262. 343. 628. 629.
Cassel, Schwere tertiärsyphilitische Erscheinungen 16.
Cautley, Scorbutus infantilis 39.
Cavazzani, Über die Heilbarkeit der obliterierenden Endarteriitis syphilitica in den letzten Stadien 102.
Cerruti, Beitrag zum Studium der Therapie des Milzbrandes; Serum von Mendez 155.
Chapelle, Neue Behandlung der Leukorrhoe und der Vaginitis blennorrhoica 345.
Charcot 79. 340. 341.
Charrière 180.
Charrin 121.
Chassaignac, Die Behandlung der Cystitis 262.
Cheatan, Hals und Nase bei Scharlachfieber 49
Chiaventone, Über die Hämaturie infolge von Schwangerschaft 21.
Chipault, Die Behandlung des Ulcus varicosum durch die trophische Nervendehnung 200.
Chirivino, Striae atrophicae lineares bei einem neuropathischen Individuum 198.
Cholzow, Über die Behandlung der Strikturen der Harnröhre mittelst Elektrolyse 258.
Chompret und B. de Névrezé, Leukoplakia buccalis acuta syphilitica 648.
De Christmas 415.
Clado 20.
Clark, Maligne Erkrankung des Hodens bei einem Säugling 313.
— 316.
Cleaver, Isr., Ein Fall von chronischer Cystitis mit Pyelonephrose, Blasen- und Prostatasteinen 264.
Cipollina, Über den Nachweis von Zucker im Harn 351.
Civatte und Fraisse, Behandlung der Syphilis mit Einspritzungen von Hydrargyrum Jodocacodylicum 76.
Cleemann, R. A., Prophylaxe der Variola in Städten 474.
Clement 469.
Cnocker, Über zwei Fälle von konfluierender Variola und einen Fall von zweifelhafter, modifizierter Variola 512.
Coffin, A., Der Pemphigus 445.
Cohn, E., Purpura haemorrhagica bei Lungentuberkulose 460.
— 451.
*Cohn, Moritz, Historische Streifzüge. (Galenus, II. Teil.) 566.
Cohn, Th., Neuere Arbeiten über Erkrankungen der Nägel 581.
— 149.
Cohnheim 551.
Coley, Weitere Resultate der Behandlung von inoperablen Sarkomen mit den gemischten Toxinen des Erysipels und des Bacillus prodigiosus 189.
— 185.
Colles 253.
Collins, J., Zur Behandlung der Syphilis des Nervensystems 596.
*Colombini, Über einige fettsecernierende Drüsen der Mundschleimhaut des Menschen 423.
— Über die Pathogenese des venerischen Bubo 135.
Coon, G. M., Behandlung von Epididymitis mit Unguentum Crédé 312.
Cooper, A., Bemerkungen über Leistendrüsenschwellungen namentlich in Bezug auf die Diagnose der primären Syphilis 100.
— 81.
Copeman, S. M., Über die wahrscheinliche Verwandtschaft der Vaccinia mit der überimpften Form der Menschenpocken 514.
— Die modernen Methoden des Impfens und ihre wissenschaftliche Begründung 514.
— Vorläufige Mitteilung über die Kultivierung der Mikrobien der Vaccinia und Variola 516.
Coriander 570.
Corlett, W. T., Vorführung von Laterna magica-Bildern von Exanthemen 468.
— Eine Abhandlung über die akuten, infektiösen Exantheme 510.
— Bemerkungen über Pockenausschlag, dessen klinische Erscheinungen und Differentialdiagnose 512.
Cottle und L. Dickinson, Drei Fälle von Pruritus im Verein mit Lymphadenoma 207.
De Courmelles, Die Lichtbehandlung 219.
Cowper 339.
Crédé 34. 312.
Crespin und Busquet, Über einen in Algerien beobachteten Fall von Fram-

boesia, welcher durch einen Staphylococcus bedingt zu sein scheint 152.
Crocker, Granuloma annulare 179.
— 517.
Crooke 590.
Crouch, Die Wirkung des Resorcins auf die Nieren bei jungen Kindern 455.
Czerny 188.

Daccò, E., Untersuchungen über einen Fall von makulöser anästhetischer Lepra (Lepra maculosa anaesthetica) 507.
Daddi 429. 432.
Dalton, Heilung und Verhütung von Scarlatina mittels Diphtherie-Antitoxin 49.
— Bemerkungen über Ekzembehandlung 146.
Dalous, Ein Fall von Paronyxis tuberculosa, durch Impfung entstanden 589.
— Rezidivierender Herpes des Gesichts 590.
— Über einen Fall von Erythema multiforme bullosum und die bei demselben gefundene Leukocytenzahl 631.
Darier, Biopsie — die histologische Diagnose von Dermatosen und Hauttumoren zweifelhaften Charakters 111.
— 43. 86. 131. 191. 192. 272. 276. 278 552.
Date 1.
Daubresse, Zur Behandlung der Syphilis 638.
Dean 153.
Deffis, Perineale Prostatektomie: Verfahren von Ramon Macias und Regino Gonzalèz 19.
Degré, Über Rezidive und Spätformen der Lues und deren Behandlung mit Jodsoolbädern 97.
Degroat und Wende, Vegetierende Dermatitis im Verlaufe eines infantilen Ekzems 349.
De Dominicis, Primäre syphilitische Pleuritis 100.
Dekeyser, Über einen abnormen Fall von Syringomyelie mit wahrscheinlich syphilitischer Ätiologie 596.
Delafield 377.
Delbanco, E., 7. 80. 183. 424. 425. 427.
Delefosse, Harnabscefs oder vielmehr periurethrale Eiterung ohne Verletzung der Urethra 22.
Delherme, Zur Behandlung des blennorrhoischen Rheumatismus mit dem galvanischen Strom 355.
— und de Beurmann, Über eine eigentümliche Anordnung der rezidivierenden Roseola: Anordnung längs der Interkostalräume, baumförmige Roseola 97.
Delicado, F., 25.
Delos und Parker, Die Ätiologie der Alopecia areata 205.
Demiéville 342
Demitsch, Ein Fall von Lepra tuberosa 60.
Dénériaz 326.
Denig, Bericht über einen Fall von Raupenhaar-Entzündung des Auges 463.
Dercum 340. 341.
Desmous, B., Prophylaxe der sogenannten „venerischen" kontagiösen Krankheiten 444.
Desnos, E., Bemerkung über die Bottinische Operation: instrumentelle Modifikationen 181.
Devergie 580.
Dickinson und Cottle, Drei Fälle von Pruritus im Verein mit Lymphadenoma 207.
Dieulafoy, Fall von syphilitischem Gumma des Stirnlappens mit Anfällen von Jacksonscher Epilepsie 596.
Diller, W., Ein Fall von syphilitischer Geistesstörung und ein Fall von Dementia paralytica, welche eine syphilitische Psychose vortäuschte 540.
Dittel 317.
Dixon, Ein Fall von Jodoformvergiftung 453.
Dobell 49.
*Doctor, E., Über Pruritus localis nach internem Arsenikgebrauch 401.
Dockrell, Über Lichen vom histologischen Standpunkte aus 151.
Dörfer 647.
Domaschkin 502.
Dommer, Fr., Dilatatoren mit Spülvorrichtung 256.
Dom Sauton, La Léprose 592.
Dore und M. Morris, Finsens Lichttherapie bei Lupus und Ulcus rodens 524.
Van Dort, B., 79.
Douglas-Crawford, Morvans Krankheit (?) oder Lepra 519.
Doutrelepont, Lepra mixta 59.
— 217. 223 225. 230
Dowd, J. H., Gewebsneubildung in der Urethra 585.
Drennan, J., Über sexuelle Unmässigkeit 312.
Dreyer, Zur Dreigläserprobe 171.
— Zur Asepsis der Subcutanspritzen 308.
— Die Verwendung der Brookeschen Paste bei infektiösen und entzündlichen Hautaffektionen 621.
Dreysel 622.
Droba, Über Riesengebilde in tuberkulösen Geweben 92.
Druelle, Über einen Fall von Herpes zoster des Oberschenkels nach Einnahme von Ergotin 44.
— Ulcus molle und Erythema nodosum 134.
— Über den syphilitischen Schanker der Clitoris 531.

Dubreuilh. W., Hautpigmentation durch den Demodex folliculorum 209.
— 175.
— und F. Dosso, Der rezidivierende Herpes der Haut 179.
— und Maillard, Familiäre Dermatophobie 109.
— und E. le Strat, Lichen planus palmaris et plantaris 589.
Dubois-Havenith, Fall von rezidivierendem Erythema exsudativum multiforme 45.
— Der Kampf gegen die Syphilis und die venerischen Krankheiten 640.
— Der syphititische Heiratskandidat und das ärztliche Attest 642.
— 217.
Ducastel, Rezidivierender Herpes 45.
— Ulcus bullosum chronicum des Unterschenkels 411.
— 164. 448.
Ducrey 135. 643.
Duffey 448.
Duhot, R., Ein durch Radiographie gebesserter Fall von Lupus, kompliziert durch Alopecie 94.
— Bemerkungen über einen Fall von Pachydermia lymphangiectatica chronica des Penis und Hodens auf syphilitischer Basis 100.
— Über den Einfluss der Einspritzung von Merkursalicylat auf die Elephantiasis ulcerosa der unteren Extremitäten 155.
— Ein Fall von Xanthoma tuberosum und mit Tumorenbildung 192.
— Die therapeutische Wirkung des Yohimbins bei Impotenz 267.
— Ein Fall von doppelter Urethra 406.
— Über das tertiärsyphilitische Erythema circinatum 649.
Duhring 202. 502. 464. 465. 481. 508. 645. 646.
Dukes 469.
Dulles, Über die Reinheit des Impfmaterials 516.
Duquaire, Peliosis rheumatica 39.
Dworetzky, Weitere Erfahrungen mit dem löslichen Silber 33.

Eastes, Die Histologie des Harntractus in ihrer Beziehung zu krankhaften Ablagerungen im Urin 211
Eastman, Eine geschützte Stempelspritze für Harn- und Blasen-Irrigation 257.
— Der Gonococcus und seine Toxine 415.
Ebstein 320. 347.
Eeckman, Zwei Fälle von erektilen Lidgeschwülsten 191.
Edel, Paul, „Cyklische" Albuminurie und neue Gesichtspunkte für die Bekämpfung von Albuminurien 318.
Efreinow 95.
Ehlers 507. 519.
Ehrlich 9. 10. 215. 219. 241. 242. 290. 359. 376. 393. 441. 544. 545. 547. 549. 550. 551.
*Ehrmann, O., Beitrag zur Kasustik seltener Nagelkrankheiten. „Onychoschisis symmetrica." (Symmetrische „Lamellenbildung" oder „Flächenspaltung" der Nagelplatte.) 14.
Ehrmann, S., Über therapeutische Versuche mit Petrosapol und Petrosulfol 33.
— Zur Kasuistik der tuberkulösen Geschwüre des äusseren Genitales 92.
— 309. 311. 445. 446. 447. 448. 502. 503.
Eichhorst, Über Brand an Armen und Beinen nach Scharlach und anderen Infektionskrankheiten 473.
Ellis, H., Die Entwickelung des Geschlechtstriebes 345. 508.
Elsenberg 233.
Emerson 508.
Enderlen 616.
Engel 26.
Englisch, J., Über die plastische Verhärtung der Schwellkörper des Gliedes 255.
— Über angeborene Cysten in der Raphe der äufseren Geschlechtsorgane 339.
Engman, M. F., Einige Komplikationen bei Hautsyphilis und deren Behandlung 532.
— 584.
Epstein, E., 133 Fälle tertiärer Hautsyphilis 633.
— 180.
Epstein, F., Aggregiertes kleinpapulöses Syphilid mit ausserordentlichem Juckreiz 580.
Erb 13. 14. 137. 312.
Erlicki 40. 360. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 372. 373. 374. 376. 377. 378. 379. 381. 388. 395. 397.
Ernst 132. 622.
Eschle, Die Behandlung des Erysipels mit Ichthiolpinselungen 157.
Esmarch 358.
Evans, Die allgemeinen Grundsätze der Behandlung von Hautkrankheiten 418.
Ewald, Kraurosis vulvae 351.

Fabry, Über einen seltenen Fall von Naevus spilus oder pigmentosus 341.
— 216.
Faltin, Bakteriologische Untersuchungen über die Infektion der Blase, besonders hinsichtlich der Veränderlichkeit der Bakterienflora 409. 591.
— Kurzer Bericht über 86 bakteriologisch untersuchte Fälle von Infektion der Harnwege mit besonderer Berücksichti-

gung der Streptokokken und einiger im pathologischen Urin früher nicht gefundenen Bakterien 581.
Faraday 443.
Farrar, Der ätiologische Faktor bei der Vaccinia und Variola 516.
Faber, Ulcerierte Paraphimose gefolgt von foudroyant verlaufendem Tetanus 254.
Fedorn 643.
Feer, Das Koplikschc Frühsymptom der Masern 471.
Fehleisen 157.
Feibes, E., Betrachtungen über das Jodipin 620.
Felcki 352.
Feliciani, Folliculitis squamo-ulcerosa als Begleiterscheinung des Ulcus molle 182.
Fenwick, Syphilitische Läsionen des Magens 535.
Féré, Anfälle von Blasentenesmus bei einem Epileptiker 409.
Ferenczi 243.
Fermill, Praktische Methode der Prophylaxis des Trippers 625.
Feulard 466.
Fick, J., Zur Kenntnis der weichen, pigmentierten Naevi 502.
Filehne 309.
Finger, E., Aphoristisches zur Ätiologie der Prurigo 466.
— Syphilis der Mundhöhle 533.
— Ulcus molle und Syphilis 643.
— 352. 441. 446. 460.
Finsen 16. 79. 93. 95. 110. 177. 252. 333. 334. 419. 420. 510. 521. 522. 632. 633. 635.
Fiocco, Die Pityriasis rosea Gibert 635.
Fiori, Beitrag zur Pathogenese der Samenstrangcysten 312.
Fischel, L., Neurodermitis linearis 336.
— 336. 338.
— und F. Pinkus, Strichförmige Hautausschläge am Bein 622.
Fischer, Zwei Fälle von Karbolgangrän 41.
Fitsch 508.
Fleischl 529.
Flexner, S., Über Lebersyphilis 648.
Flemming 10. 360. 363. 364. 365. 366. 368. 369. 370. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 395. 397. 399. 400. 423. 429. 430. 432.
Fokin 301.
Folli, Über die bei Gangrän vorgefundenen und den Säuren widerstehenden Bacillen 158.
Forchhammer 79.
Fordyce, J. A., Die Pathologie, Diagnose, spezielle Prophylaxe und Behandlung der Hauttuberkulose 93.
Fordyce, J. A., Hautkrebs 586.
— 183. 423. 426. 427.
— und G. H. Fox, Zwei Fälle einer seltenen papulösen Affektion der Achselhöhle 178.
Fornaca, Über eine Form von Chorea im Verlaufe eines Erysipels 157.
Foster 278.
Foucault 443.
Fournier, A., Verein zur Bekämpfung der Syphilis 95.
— Die klinischen Charakteristica des syphilitischen Schankers 643.
— Das frühzeitige Auftreten der Nervensyphilis 442.
— 12. 95. 100. 110. 164. 312. 640. 641. 649. 650.
Fournier, H., Die Syphilis auf der Bühne 133.
— Alkoholismus und Prostitution 417.
— Die Behandlung der Nagelentzündungen mit dem Galvanokauter 411.
Fournier, M., Syphilis nervosa praecox 649.
Fowler 418. 449.
Fox, C., 149. 174. 214.
Fox, G. H., 325.
— und J. A. Fordyce, Zwei Fälle einer seltenen papulösen Affektion der Achselhöhle 178.
Fraenkel, A. 464.
Fraenkel, C., Chlorakne 464.
Fraenkl 503.
Fraisse und Civatte, Behandlung der Syphilis mit Einspritzungen von Hydrargyrum jodocacodylicum 36.
François, P., Das Nottebohmsche Hospital für Hautkranke 477.
Frede, Epitheliom 579.
Frédéric, J., Zur Ekzemfrage 144.
— Beitrag zur Frage der Mikrosporie 305.
— 278.
Freeland, Einige Beobachtungen über Pathologie und Behandlung der Hühneraugen 195.
Fremin, Die Bakterien der Kälberlymphe 516.
Fremlin 516.
Frerichs 436.
Freudenberg 181.
Freudenthal, Primärer Schanker des Septum narium 99.
Freund, E., 466.
Freund, L., Beitrag zur Physiologie der Epidermis mit Bezug auf deren Durchlässigkeit für Licht 79.
— Zur Anatomie und Klinik der Narbengeschwülste 194.
— Ein Instrument der chirurgischen Naht 421.
— 326.
Frey 419.

Freyer, P. J., Über die Symptome und modernen Methoden der Diagnose von Blasen-, Nieren- und Ureterensteinen 266.
— Ein klinischer Vortrag über die totale Exstirpation der Prostata behufs radikaler Behandlung der Hypertrophie derselben 316.
Friedländer, M., Über das Asterol 454.
— Über das Extractum Pichi-Pichi siccum (Urosteriltabletten) 455.
— 162.
Friedländer, W., Die Übertragungsweise der Syphilis 528.
Friedreich 1.
Frieser, „Jodylin", Ersatzmittel für Jodoform! Der antiseptische und therapeutische Wert desselben 31.
Fuchs, Ferdinand, Zur Kenntnis des Urethrospasmus in der vorderen Harnröhre 258.
— 4. 24.
Fürbringer, Die Störungen der Geschlechtsfunktionen des Mannes 139.
Fürstenberg, Beitrag zum Studium der paravesikalen Echinococcuscysten 20.
Fürth, K., Akuter Jodismus unter dem Bilde einer mumpsähnlichen Erkrankung 453.
Fuller 316.
Fumouze, Die Elektrolysen - Chlordermatose 686.
Funck, M., Die Vaccine- und Variolaerreger 55.
— Weitere Mitteilungen über den Vaccine- und Variolaerreger 56.
— 55. 516.
Futchen, Über syphilitisches Fieber mit Anführung von drei Fällen 96.

Gabbet 132.
Gaiffe 443.
Galen 474.
Galeotti, Physikalisch-chemische Untersuchungen über das Ödem 37.
Galli, Pellagra 458.
Gann, Neuerliche Entdeckungen in Central-Amerika, welche das Vorhandensein der Syphilis dort vor der Zeit von Columbus beweisen 527.
Garampazzi, Zur allgemeinen Chirurgie des Symphaticus 208.
Garcia 350.
Garosci 526.
Garnier 183. 424.
Garrel, Die Behandlung der Dermatosen des Vestibulums der Nase 143.
Garrot und Schölberg, Cystinurie mit Diaminurie 350.
Gassmann, Fünf Fälle von Naevi cystepitheliomatosi disseminati (Hidradénomes Jacquet et Darier etc.) 86.
Gaucher, Die Behandlung des Ekzems 145.
— 272. 276. 277.
— und Lacapère, Purpura chronica infolge Gefäfssklerose 38.
— — Aktinomykosis circumscripta der Wange 152.
Gauthier 502.
Gautrelet 631.
Gay 338.
Gaylord, Das Carcinom-Protozoon 185.
Gebert, Lichen ruber verrucosus 17.
Geigel 24.
Generopitowzeff, Die Syphilis im Parafiewskischen Kreise des Gouvernements Tschernigow 95.
Genoud 110. 177. 404. 524. 635.
Gerhardt, C., 858.
Germès, Beitrag zum Studium der Leukämide 637.
Gerschun, Pseudoleukaemia cutis 434.
— 300. 404.
Gerson, K., Morbus maculosus Werlhofii 16.
— Simplexbinde 129.
— Zur Behandlung der Milien 136.
Geyer 401.
Ghon 441.
Giacomini 434. 435.
Gibbon, Ein Fall von syphilitischer Pneumonie 648.
Gibert 253.
Gierke 437.
Van Gieson 219. 361. 362. 370. 378. 374. 383.
Giffen, Herpes im Verlaufe des Nervus ilio-hypogastricus und Nervus ilio-inguinalis 467.
Gilbert 650.
Gilchrist, Ein Fall von langdauerndem Erythema elevatum oder ringförmiger, knotenförmiger Eruption an den Extremitäten eines Kindes 19.
Gillet, H., Die Frühdiagnose der Masern 476.
Ginni, Über die therapeutische Wirkung des blauen elektrischen Lichts 420.
Girtanner 24.
Giuranna, Über die Nierenläsionen bei der experimentellen Sublimatvergiftung 451.
Gläser, Masern oder Scharlach oder beides? 50.
— Über die angebliche syphilitische Ätiologie der Tabes dorsalis. — Ein Fall von Tabes mit ungewöhnlichem Verlauf 137
Glawsche, Die Resultate der neuesten Untersuchungen über das Ekzem 18.
— Zur Kasuistik der Syphilis 404.
— 18. 404.

Gleason, Syphilis der Nase und des Halses 647.
Glebowsky 333.
Glück, L., Über den leprösen Initialaffekt 58.
Götz, Referate 23. 29. 36. 39. 41. 44. 46. 47. 49. 50. 94. 96. 97. 100. 102. 103. 107, 108. 137. 140. 142. 143. 144. 146. 151. 153. 156. 158. 160. 182. 190. 201. 207. 211. 255. 257. 261. 264. 265. 317. 319. 320. 354. 355. 356. 357. 410. 414. 418. 419. 420. 458. 461. 464. 465. 468. 470. 473. 513. 527. 537. 538. 591. 592. 595. 596. 598. 632. 636. 637. 688. 640. 647. 650.
Goldberg, B., Akute primäre Streptokokken-Urethritis 84.
— Cystoskopische Erfahrungen 261.
Goldmann, A., Die therapeutische Verwendung des „Teervasogen“ 122.
Goldmann, H., Therapeutische Anwendung des Ichthoforms 453.
— 322.
Goldschmidt 401.
Golgi 507.
Goljachowski 325.
Goll 37.
Gonzalès 19.
Gooe, J., Blauer Urin 317.
Gomez und Rizzuto, Über die gemischte Form des Angioms 198.
Goodall, Ein Fall von Purpura nach Diphtherie 461.
Gordon, M. H., Die Bakteriologie der Scarlatina 472.
Gorini, Über Vaccinekörperchen (Cytoryctes vaccinae Guarnieri) 54
— Über die bei den Hornhaut-Vaccineherden vorkommenden Zelleinschlüsse 55.
Gottheil, Duhrings Krankheit bei Kindern 464. 508.
— Der nicht diagnostizierte Schanker 643.
Gottlieb 161.
Gottschalk 162.
Gouilland 276. 278.
Goulard 122.
Gouladze, Über die therapeutische Anwendung des Sozodol-Natrium bei Erkrankungen der äufseren Genitalorgane 455.
Gowers, W., Metall-Vergiftung 197.
— Syphilitische Arterienerkrankung 537.
— 529.
Gowland 146.
Gram 84. 96. 130. 148. 581. 591.
Grandjean 448.
Gravagna, Weitere Übertragungsmöglichkeiten der Lepra 411.
— Klinische Notiz über einen Fall von multiplen blennorrhoischen Abscessen der weiblichen Genitalien im Verlaufe einer subakuten blennorrhoischen Vulvo-Urethritis 442.
Grawitz 548.
De Grazia und Ascoli, Zur Verteilung der Eiweifsschlacken im Harn 319.
Greeff 354.
Greenough 44.
Greiwe und Lyle, Bericht über einen Fall von Raynaudscher Krankheit 36.
Grewe 241.
Griffith, J., Eine Studie über Brandwunden, Vorschlag zu deren rationellerer Behandlung 39.
— Albuminurie nach Urotropin 319.
— Blennorrhoische Iritis 354.
Griffon 135.
Grindon, J., Über Impfung 54.
— Parasitäre Erkrankungen der Nägel 174
Groen, Ch., Chininexanthem nach innerlichem Chiningebrauch 35.
Grosz 309.
Grouven, C., Ungewöhnliche Hyperpigmentation des Gesichts 196.
— Histologische Veränderungen des lupösen Gewebes nach Röntgenbehandlung 522.
Gruby 442.
Guarnieri 54
Gudden 40.
Guélain 1.
Güterbock 79.
Guiard, F. P., Die präventive antiseptische Immunisation der Prostituierten als Mittel einer allgemeinen Prophylaxe der venerischen Krankheiten 180.
Guinon, Über den Wert der frühzeitigen Prodromalerscheinungen der Masern 470.
Guisy, Drei Fälle von hysterischer Hämaturie 181.
Gumbinner, Ein Fall von Orthoformvergiftung 32.
Gunsett, A., Eine kleine Epidemie von Mikrosporon Audouini in Strafsburg 306.
Gunson, Die Behandlung von Lupus vulgaris und von tuberkulösen Abscessen mit Wasserstoffsuperoxyd 526.
— Lupus vulgaris behandelt mit Tuberkulin 526.
Gussenbauer, Über die Behandlung der Fissura ani 463.
Guyon, Hilfsmittel und Methodik 23.
— Späterfolge des chirurgischen Eingriffs in drei Fällen von traumatischer Zerreifsung der Urethra 405.
— 172. 253. 314. 338.
Gwyn, Syphilitische Affektionen der Bronchien, Lungen und Pleura 648.
Gyselman 32.

Hacker, von, Ein ausgedehnter angeborener Defekt der äufseren Ohrmuschel durch Plastik ersetzt 168.
— Ein mittelfingerdickes Prozentasiometer,

welches aus der Harnblase eines Mannes mittels Perinealschnittes entfernt war 168.
Haddon, Angina bei Masern 471.
Haeser 24.
Hagen, Zur Epidemiologie der Masern 469.
Hahn, F., Referate 19. 24. 60. 79. 154. 198. 200. 204. 211. 255. 261. 266. 313. 339. 351. 414. 456. 468. 471. 472. 473. 514. 525. 532. 534. 536. 538. 582. 638.
Haley, Ein Fall von Raynauds Krankheit 457.
Hall, A., Neuritis mit intensiver Pigmentation des Abdomens, wahrscheinlich durch excessives Trinken arsenhaltigen Bieres hervorgerufen 197.
— Über gewisse Formen von Gewerbedermatitis bei Arbeitern in Elektricitäts- und Silberbergwerken 583.
Halle, A., Ein Beitrag zur Kenntnis des Xeroderma pigmentosum 203.
Hallé und Motz, Beitrag zur pathologischen Anatomie der Blase 406. 407.
Hallopeau 77. 78. 93. 170. 180. 444. 507. 521. 526.
Hamel, Klinische Beobachtungen über zwei Fälle von Morbus Addisonii mit besonderer Berücksichtigung des Blutbefundes 198.
Hammer 79.
Hanasievicz, Ein Fall von Milzbrandkarbunkel 154.
Handford 79.
Handly, Die Komplikationen und Folgen der spezifischen Urethritis beim Manne 343.
v. Hansemann, Über pathologische Anatomie und Histologie des Carcinoms 188.
— Über Lungensyphilis 534.
Hansen, A., 411. 519. 592. 593. 594.
Hardaway, Die Behandlung der Nagelerkrankungen 175.
— Syphilis und Ehe 640.
— 641.
van Harlingen, Über Impfung in Beziehung zu Hautkrankheiten und Impfausschläge 517.
Harris, Dermatitis blastomycetica der Glutaealgegend 152.
— 343.
Harrison, R., Die praktische Anwendung der kombinierten Operationen des inneren und äufseren Harnröhrenschnittes 508.
Hasanoff, Fall von Lichen planus 18.
— Spitze Kondylome der Genitalregion 300.
— 18.
Hasenfeld, A., 245.
Haslund 241. 448.
Hausch, G., Ein Fall von Varicella septica 51.
Hauser 186. 581.
Havas 98.
Hay 424. 425. 427.
Hayem 48.
Hayes, Diagnose von Blasenstein, Nieren- und Harnleitersteinen durch Röntgenstrahlen 348.
Head 97.
Hebra, F., 108. 124. 149. 301. 446. 447. 481. 482. 622.
Hebra, Hans v., 326.
Heddaeus, Die prophylaktische Schmierkur der Eltern 638.
— Die Frage der Syphilis in der dritten Generation 642.
Heermann, Beitrag zur „Orthoformvergiftung“ 32.
— Über mechanische Behandlung von Wunden und Geschwüren, besonders des Unterschenkels 202.
v. Hegel 26.
Heidenhain 374. 375. 376. 377. 452.
Heidingsfeld, Ein Fall von Vaccinia generalisata 350.
Heim 84.
Heler 351.
Heller, Jul., Myositis gonorrhoica 252.
— Ist nach dem B. G.-B. die Syphilis der Ehegatten ein Grund zur Trennung? 527.
— Die klinische Bedeutung der glatten Atrophie des Zungengrundes (Virchow) 534.
— Beiträge zur Kasuistik seltener blennorrhoischer Erkrankungen 623.
— 74. 75. 128. 129. 174. 175. 252. 336. 338.
Hellmer, E., Alkoholverband bei Herpes zoster 45.
— Ein Beitrag zur Phototherapie des Ekzems 145.
Hemptenmacher, Über einen Fall von Diabetes mellitus syphiliticus 536.
Hendrickson, Über ein Teratom des Hodens, welches reichliches peritheliales, angiosarkomatöses Gewebe aufwies 313.
Hennig 462.
Henoch 38.
Hepp, R. G., Intravenöse Therapie bei Variola 513.
Herbert 292. 555.
Hermann 360. 363. 364. 365. 366. 368. 369. 370. 372. 373. 375. 376. 377. 378. 381. 382. 385. 387. 388. 391. 395. 397. 398. 399. 400. 429. 430. 432.
Herodot 345.
Herring, H., Eine Methode, weiche Katheter zu sterilisieren 260.
Hertz 443.
Hervieux, Über die Möglichkeit von Blatternrezidiven 511.
Herxheimer, K., Weitere Mitteilungen über Chlorakne 42.
— 311. 622.

Herzen, A., 278.
Herzog, Falsche Passage bei Prostatahypertrophie. — Tötlicher Ausgang durch Beckenabscefs und Embolie der Pulmonalarterie 339.
Heubner 634.
Heuss 1. 4. 213. 214. 218. 272. 278.
*Himmel, J. M., Die Plasmazellen 543.
— Zur Frage der Beziehung des Lupus zur Tuberkulose 88.
Hirsch 24.
Hirschberg, M., Die Prostataerkrankungen in ihrer Beziehung zum Gesamtkörper 314.
Hirschfeld, H., Vorstellung eines Falles von Nagelerkrankung nach gewerblicher Quecksilbervergiftung 42.
Hirt, Beiträge zur Pathologie der Harnblase bei Tabes dorsalis und anderen Rückenmarkserkrankungen 581.
Hmelewski, Zur Behandlung der syphilitischen Rückenmarksaffektionen 541.
*Hodara, M., Über einige Formen der Prurigo diathésique de Besnier und über ihre Behandlung 479. 552. 553. 557. 584.
Hoeniger 464.
Hönigschmidt, Praktische Erfahrungen mit Jodipin 453.
— Über Jodothyrin 454.
Hörschelmann 445.
Hoennicke, Die Häufigkeit von Herpes zoster 44.
Hoffmann, Kokken im Gewebe bei Erythema nodosum 17.
— Lymphatische Leukämie 17.
— Folliculitis decalvans 17.
— Dermatitis herpetiformis oder Pemphigus 17.
— Erysipelas gangraenosum penis et scroti 302.
— Dermatitis herpetiformis 302.
— 17.
— und E. Salkowski, Über Nephritis syphilitica acuta praecox mit enormer Albuminurie 536.
Hoggan 214. 215. 216. 223. 233.
Hoguès, Paul, 352.
Holländer, Pathologische Bildungen im Venensystem: Angiomen, Venektasien, Varicen 252.
— Lupus des Gesichts 252.
— Peniscarcinom 252.
— 16. 252. 404.
Holmes und W. Bulloch, Ein durch Staphylococcus albus bedingter Fall von Hydroa gestationis 465.
Holzhauer 340.
Holzknecht, G., Über die Bestrahlung der Alopecia areata mit Röntgenlicht nebst Studien über das Wesen der Röntgenwirkung 200.
— und Kienböck, Über Osteochondritis syphilitica im Röntgenbild 538.
Homén 40.
Honsell, Über die Wundbedeckung mit der v. Brunsschen Airolpaste 454.
Hope, Die Syphilis vom neurologischen Standpunkte aus 640.
Hopf, E., Referate 38. 45. 46. 48. 49. 53. 92. 94. 96. 101. 143. 152. 155. 157. 159. 189. 192. 205. 259. 260, 267. 348. 448. 509. 580. 598. 642. 649. 650.
Horna, Die Gelenkaffektionen beim Scharlach 49.
Horner, Ein Fall von suprapubikaler Cystotomie 265.
Horwitz, O., Was ich aus 161 Operationen bei der Behandlung von seniler Prostatahypertrophie gelernt habe 316.
— 645. 646.
Huber, A., Zur Pathologie des Rhinoskleroms 86.
— 35.
Huddleston, Über generalisierte Impfblattern 56.
Hudovering, Über Tabes bei Eheleuten 541.
Hügel 340.
Hughes, Sexuelle Neurasthenie 345.
Hunnard, Intraabdominale Blasenruptur 265.
Hurtado, Ein Fall von Arthritis tuberculosa des Ellenbogens und von Lupus vulgaris; Behandlung mit Phototherapie 521.
Hutchinson, Jon., 79. 110. 174. 311. 345. 418. 640. 641.

Jackson 104. 174. 596.
Jacob, Paul, Zur Frage der Katheterisierbarkeit 260.
— 104.
Jacobsohn, Pseudoleukämie mit tumorartigen Hautveränderungen 578.
— 578.
Jacquet, L., Natur und Behandlung der Alopecie 444.
— Beitrag zur Pathogenese des Herpes vulgaris 467.
— Über Wesen und Behandlung der Alopecia areata 588.
— 86. 278.
— und Simon, Ein Fall von Amyotrophie mit Retraktion der rechten Aponeurosis palmaris infolge von Verbrennung der linken Arms 40.
Jadassohn, Über eine eigenartige Erkrankung der Nasenhaut bei Kindern („Granulosis rubra nasi") 84.
— 17. 93. 223. 224. 225. 226. 228. 229. 230. 232. 233. 236. 352. 447. 548. 549. 550. 557. 627.
James, G. P. B., Drei Fälle von frühzeitiger juveniler Tabes, bedingt durch

kongenitale Syphilis und neuropathische Belastung 542.
James, W. C., Bericht über einen Fall von Variola haemorrhagica 512.
Janet 23. 253. 257. 263. 331. 344. 352. 624.
Japha 337.
Jarisch 86. 150. 277. 459. 460.
Ibotoon, Notizen über einige Hautaffektionen 418.
Idelsohn, Über postluetische konjugale Nervenkrankheiten 541.
Jeanselme, Die Syphilis in Indo-China 76.
— 507.
Jenner 475.
Jesionek, Zur Protargolbehandlung der Blennorrhoe 356.
Jessner, Referate 30. 33. 34. 35. 40. 41. 49. 52. 55. 56. 58. 59. 94. 97. 99. 101. 106. 145. 148. 157. 158. 171. 172. 173. 185. 192. 200. 202. 203. 210. 212. 254. 256. 260. 267. 302. 308. 320. 351. 453. 459. 464. 471. 473. 478. 531. 581. 629. 642. 643.
Jez, V., Über die Behandlung des Erysipels mit Serum von an Erysipel erkrankten Individuen 157.
Imbert und O. Blaufus, Bemerkung über einen Fall von Fibrinurie mit Albuminurie ohne Hämaturie 409.
— und Paul Loubeyran, Die blennorrhoische Harnröhrenstriktur beim Weibe 180.
Indalewitsch, Zur Histogenese der weichen Naevi 80.
Joannovics 9. 282. 289. 290. 294. 296. 554. 557. 612. 613. 614. 616. 617. 618. 619. 620.
Johnson, W. L., Frühzeitige Zeichen und Symptome bei der hereditären Syphilis im Kindesalter 640.
Johnston, J. C., und H. H. Koehler, Ein Fall von idiopathischem, multiplen Hautsarkom 178.
Johnston, W. 35. 587. 641.
Jolles 529.
Jones 527.
Jooss 108.
*Jordan, Arthur, Moskauer Brief 333.
— Über die Ätiologie des Erysipels und sein Verhältnis zu den pyogenen Infektionen 155.
— Referate 17. 33. 42. 60. 95. 102. 104. 130. 142. 147. 151. 300. 354. 404. 420. 459. 501. 531. 538. 541. 639.
*Joseph, M., Zur Plasmazellenfrage 167.
*— Meine letzte Antwort an Herrn Dr. A. Pappenheim 280.
— Lehrbuch der Hautkrankheiten 414.
— 6. 82. 166. 167. 168. 280. 281. 282. 283. 289. 297. 298. 325. 327. 618.
Josserand, Multiple syphilitische Osteomyelitis 537.
Irwin, F., Ein Fall von Peliosis rheumatica (Schönleins Krankheit) 462.
Isaac, Rudolf, Hochgradige tertiärsyphilitische Zerstörungen der Kopfhaut 337.
— 446.
Ischitscherin, Phenosalyl bei gummösen und varikösen Geschwüren 33.
De Isla Diaz 26.
Israel 252.
Juffinger, Sklerom des Kehlkopfes 169.
Jullien, Kurzer Bericht über zwei Fälle von Syphilis ohne Primärläsion 531.
— 592.
— und De Lille, Ein neuer Syphilisbacillus. Neue bakteriologische Forschungen über Syphilis 96.
Juncker 474.
Jung 621.
Justi 5. 291. 553. 557. 616.
Justus 244.

Kabierske 139.
Kallivoda, Ein Fall von doppelter Infektion von Masern und Scharlach 50.
Kammerer 241.
Kankarowitsch, Ein Fall von multipler Neuritis blennorrhoischen Ursprungs 353.
Kaposi 123. 150. 164. 174. 191. 194. 325. 348. 447. 467. 497. 498. 499. 500. 501.
Karcher, Das Schicksal der hereditärluetischen Kinder 106.
Katsura 120.
Katz, L., Syphilis cutanea 532.
Katzenstein 212. 260.
Kaufmann, Martin, Berichtigung 54.
*Kaufmann, R., Über Stypticin 161.
— 53. 293.
Keersmaecker, Ein Mikrobiennest des Penis 23.
Kelson, Primärsyphilid der Tonsillen 532.
Kellner, Ein Fall von Trichosis lumbalis mit Spina bifida occulta 211.
Kenerson, S., Bericht über zwei Fälle von Lymphangiom 194.
Kennedy, Cystitis 504.
Kerber, Die klinische Entwickelung des circumscripten cerebralen Gummas 103.
Kerley, Die Behandlung der Scharlachnephritis 50.
Kettenbrecker, Fortschritte auf dem Gebiete der Finsenschen Lupusbehandlung 525.
Keyes 597. 645. 646.
Kicheuski, Primäres Plattenepithelcarcinom der Nierenkelche und Metaplasie des Schleimhautepithels der Nierenkelche, des Nierenbeckens und des Ureters 23.

Kienböck, Die blennorrhoische Neuritis und ihre Beziehungen zur blennorrhoischen Myositis und Arthritis 353.
— 200.
— und Holzknecht, Osteochondritis syphilitica im Röntgenbild 538.
Kjeldsen 420. 524. 525.
Kirk, Über seröse Vaccinia in Beziehung zum Kretinismus und Rhachitis 57.
Kionka 241.
Klebs, E., Zur Behandlung der Tuberkulose: die Tuberkulide 93.
— Der amerikanische Ursprung der Syphilis 527.
— 49. 293. 457.
Kleinwächter 633.
Klikowitsch 270.
Klingmüller, V., Über Erythromelie 466.
— Der gegenwärtige Stand der Syphilistherapie 597.
Knaggs, Ein Fall von multipler Pustula maligna (Anthrax) 190.
Knoff und Marcuse, Kasuistische Beiträge zur Pathologie und Therapie der Syphilis und Hautkrankheiten 530.
Koch, R., Framboesia tropica und Tinea imbricata 302.
— 158. 264. 589.
Köbner 35. 174.
Köhler 240.
Koehler, H. H., und J. C. Johnston, Ein Fall von idiopathischem, multiplen Hautsarkom 178.
Kölliker 445.
König, Cancroid des Bulbus und der Pars nuda urethrae 172.
Köster, Scharlachinfektion, ausgehend von einer kleinen Hautwunde der Hand 47.
— Divertikel der Urethra des Weibes 352.
Koller, Th., Die Technik der Kosmetik 413.
Kollmann, Bewegliches Knie für Cystoskoplampen 79.
— 162. 256. 577.
— und Wossidlo, Dehner, resp. Spüldehner mit drei Branchen 78.
Konried 82.
Koplik 470. 471.
Kopp 107.
Kopytowski, Zwei Fälle von ungewöhnlicher diffuser Hauterkrankung, bestehend in Entwickelung reichlicher, meist epidermoidaler Auswüchse 304.
Koutriw 30.
Kowarski 351.
Kramer, Zur chirurgischen Behandlung thrombosierter Unterschenkelvaricen 200.
Kranovitz, D., Pruritus und Frühgeburt 208.
Krasnoglasow 300. 301.
Kraus, A., Über färbetechnische Methoden zum Nachweis des Acarus folliculorum 132.
Krause 23. 92. 359. 441.
Krawkoff, Über die Wirkung des Yohimbins auf den tierischen Organismus und über die Bedeutung des Alkaloids für die Behandlung der Impotenz 34.
Krecke, Das Vioform 456.
Krehl 117.
Kreibich, Histologie des Erythema multiforme 83.
Kreidl 309.
Kroenig 119.
Kromayer, Repetitorium der Haut- und Geschlechtskrankheiten 311.
— 80.
Krompecher 5. 8. 291. 296. 553. 617. 618. 619. 620.
Kroner, Scarlatina, Nephritis scarlatinosa bei einem 7 Wochen alten Kinde 472.
Krzyształowicz 364.
Kubin, Über die Wichtigkeit des aseptischen Impfens nebst Bemerkungen über die Vaccination im allgemeinen 514.
Kühn, Über Yohimbin Spiegel, kasuistischer Beitrag zur Beurteilung seiner Wirkung gegen Impotenz 456.
— 567. 569.
Kümmell 260. 338.
Küsel, Ätiologie des Ekzems 130.
— Prof. Neissers Versuche mit Überimpfung von Syphilis auf Schweine 502.
— 335.
Kulisch, G., Über Kystoskopie 260.
Kummerfeld 447.
Kundrath 497.
Kurdumow 334.
Kuttner 212. 255. 260.
Kuznitzky 274. 277.

Laaché 320.
Lacapère und Gaucher, Purpura chronica infolge Gefäßsklerose 38.
— — Aktinomykosis circumscripta der Wange 152.
Lamanna 351.
La Mensa, Das Coleysche Serum und die Hautsarkomatose 183.
Lamp, G., Zur Ätiologie und Pathologie des Scorbuts 460.
Lancashire, Tuberkulöse Hauterkrankungen 521.
Lang 358. 510.
Langer 623.
Langhans 92.
Lanz, A. 118.
Las Casas 26.
Laskowski, Ein neuer Prostatakühler 315.
Lassar, O., Über Erfrierung 463.
— 42. 56. 336. 337. 446. 478. 579.
Laulainé 310.
Lauenstein, Ein Rezidiv nach der

Winkelmannschen Radikaloperation der Hydrocele 313.
Laurent, Die eitrigen blennorrhoischen Nebenhodenentzündungen 630.
Lebon, H., Behandlung von dermatologischen und venerischen Krankheiten mittels elektrischer Ströme von hoher Frequenz und Spannung 443.
— Die Lichttherapie. Behandlung der Dermatosen mit konzentrischen, chemischen Strahlen 635.
Lecorun und Balzer, Klinischer Beitrag zum Studium der linearen Dermatosen 78.
Ledermann, R., Über die Fettsekretion der Schweifsdrüsen an den Hinterpfoten der Katze 85.
— Durch Bacterium coli erzeugte Urethritis anterior 253.
— Mykosis fungoides 579.
— Über das Vorkommen des Bacterium coli commune bei postblennorrhoischer Urethritis 624.
— Zur Verhütung und Bekämpfung der Syphilis 639.
— 150. 251. 530.
— und S. Blanck, Die mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie 622.
Lee 437.
Leftwich, Die Seborrhoe behandelt mit Benzin 150.
Lehmann, O., Zur Tenacität des Maserngiftes 471.
Leistikow 166. 175.
Leloir 241. 325. 326. 507.
Lenoir 95.
Leonard, Die Behandlung von Abscessen 150.
Lerch, O., Erworbene Lungensyphilis 535.
Leredde, Lichtbehandlung bei Hautkrankheiten 420.
— 31. 230. 232. 465.
— und Pautries, Über die Erfolge der Phototherapie bei der Behandlung des Lupus tuberculosus 523. 626.
Lesser, E., Schwere Hg-Intoxikation 337.
— Lymphangitis beider Vorder- und Oberarme 579.
— Tripperrheumatismus 579.
— Über gleichzeitige therapeutische Anwendung von Quecksilber- und Jodpräparaten 637.
— 16. 17. 128. 129. 212. 251. 252. 302. 336. 337. 388. 579. 624.
Leven, Leonhard, Nicht-Infektiosität der Milch bei frischer Lues oder Immunisierung durch dieselbe 307.
— Fall von Sklerodermie nach Angina 308.
— Weitere Bemerkungen zur Frage der Blennorrhoeheilung 341.
Levi, L., Ein neuer endoskopischer Apparat zur direkten Untersuchung der Urethra und der anderen Körperhöhlen 442.
Levin, H., Über einige Verbesserungen am cystoskopischen Instrumentarium mit besonderer Berücksichtigung der Sterilisationsfrage 173.
Levinger, Beitrag zur Diagnose der tertiären Syphilis des Rachens 534.
Levor, Max, Referate 417. 449. 451. 453. 476. 518. 519. 520. 522. 527. 529. 530. 535. 597. 635. 644.
Lewin, A., 240. 401. 634.
Lewis, B., Ein Fall von obstruierender Prostatahypertrophie, komplette Harnretention; Bottinische Operation, wonach wieder Fähigkeit, willkürlich zu urinieren 315.
— Uretherenkatheterismus beim Manne. Ein neues Harnleiter-Cystoskop 343.
— Bericht über einen Fall durch Prostatahypertrophie verursachter vollständiger Harnverhaltung mit Heilung nach Bottini 347.
v. Leyden 104. 160. 241. 451.
Lichatscheff, Fall von Syphilis 130.
— Zur Behandlung der Syphilis mit intravenösen Sublimatinjektionen 142. 639.
Liebermeister 24.
Liebreich, Lesser und Ledermann, Zur dermatologischen Diagnostik 160.
Lieven, A., Merkurielle Erscheinungen im Munde 29.
— Extragenitale Syphilisinfektion an den Lippen 99.
De Lille und Louis Jullien, Ein neuer Syphilisbacillus. Neue bakteriologische Forschungen über Syphilis 96.
Lindenhorn, Neues Impfinstrumentarium 58.
Lion, Streifenförmige Sklerodermie in der Voigtschen Grenzlinie 580.
— Hautaktinomykose 580.
Lipmann-Wulf, Hochgradige Erweiterung der oberflächlichen Venen 250.
Lippmann, Th., Über einen Fall von traumatischem Scharlach 47.
— 128. 337.
Lisanti, Über den Staub der Arundo donax-Linné bei der Pathogenese einer in ihren Erscheinungen zwischen dem polymorphen Erythem und dem phlegmonösen Erysipel schwankenden Dermatitis 157.
De Lisle, J., 593.
Lissau, S., Beitrag zur Behandlung des Ulcus cruris 201.
Litten 634.
Little, J., Tötliche Fälle von Purpura mit Hämorrhagien in die Nebennierenkapseln 134.
— Zwei Fälle von Variola 583.
Littledale, Ein Fall von Aktinomykosis beim Menschen 152.
Littlejohn, Die Pocken und die Stadt Edinburgh 475.

Littré 582.
Liveing 510.
Livini 432.
Loeb, R., Der Einfluſs und die Bedeutung der Cystoskopie und des Ureterenkatheterismus auf die klinische Medizin, mit spezieller Berücksichtigung der allerneuesten Forschungen 261.
Löffler 49. 54. 457. 584.
Loewald, A., Referate 30. 31. 32. 33. 35. 39. 42. 43. 45. 48. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 92. 96. 102. 103. 104. 138. 150. 158. 159. 186. 194. 196. 205. 259. 264. 302. 311. 312. 314. 315. 351. 352. 358. 418. 452. 454. 508. 514. 526. 541. 639. 640. 642. 643. 645. 646. 648. 649.
Löwenbach, Georg, und Moritz Oppenheim, Blutuntersuchungen bei konstitutioneller Syphilis 529.
Löwenheim, Durch Elektrolyse erfolgreich behandelte circumscripte Sklerodermie 578.
Loewy, A., Bemerkungen zur Wirkung des Yohimbin-Spiegel 35.
Lofruscio, Keuchhusten und Impfung 57.
Lortet 177. 404. 524. 635.
Lommel, F., Zur Kenntnis der Tenacität des Scharlachgiftes 47.
Loos, A., Über das Eindringen der Ankylostomalarven in die menschliche Haut 210.
Lottmann, E., Über einen Fall von Vergiftung mit Hydrargyrum oxycyanatum 452.
Loubeyran und Imbert, Die blennorrhoische Harnröhrenstriktur beim Weibe 180.
Loumeau, Entfernung eines Ureteralsteines durch Harnröhrenschnitt 259.
Lourier 341.
Love, Die Übertragbarkeit der Scarlatina durch Ausfluſs aus dem Ohr 472.
Lubarsch 497.
Lucet, A., Beitrag zum Studium der Ätiologie und Pathogenese der schwarzen Haarzunge 148.
Lugol 148. 150.
Luithlen, Fr., Therapie der Hautkrankheiten 412.
— Die Dermatitis exfoliativa Wilson und das Erythema scarlatiniforme recidivans 622.
— 84. 85.
Lusk, T. G., Ein Beitrag zur Dermatotherapie 177.
Lustgarten 364.
Lydston, Die Ursache der ungenügenden Resultate der internen Urethrotomie 175.
— Das Heiraten Syphilitischer 527.
— 645. 646.
Lyle und Greiwe, Bericht über einen Fall von Raynaudscher Krankheit 36.
Lyon 650.
Maccombie, Differentialdiagnose bei Variola 512.
Macdonnell, Mortalität bei Variola bei geimpften und ungeimpften Individuen 512.
Mac Gugan, Eine Blatternepidemie am Michiganasyl für Geisteskranke, Kalamazoo 476.
Macias, R., 19.
MacIlvaine, Syphilitische Heredität 538.
Mackenzie, J., 524.
Mackenzie, St., 448.
Mackie, F. P., Die Beschaffenheit des Blutes bei Scarlatina 48.
Maclaren, Über die Behandlung oberflächlicher syphilitischer Gummata 533.
Mac Lennan, Unfreiwillige Vaccination 515.
Maillard und Dubreuilh, Familiäre Dermatophobie 108.
Majocchi, Über die smegmogenen Konkretionen des Präputialsackes „Smegmolithen“ und über die Anologie zwischen diesen und anderen Epidermiskonkretionen des Menschen und einiger Säugetiere 303. 342. 505.
Malachowsky 240. 241. 242.
Malassez 141.
Malherbe, Bemerkung über einen Fall von akuter, durch Staphylokokken hervorgerufener Urethritis 23.
Malkes 452.
Malpighi 10. 507.
Mamurowsky 272.
Mankiewicz, Zur Asepsis des Katheterismus 259.
Mankowski und Podwyssozki, Zur Frage über den Vaccineerreger von Dr. M. Funck 55.
Manley, Th., Inkarcerierte Blasenhernie; aufgebrochenes Hodensarkom, fälschlich für inkarcerierte Hernie gehalten 262.
Mantegazza, Histologische, bakteriologische und experimentelle Untersuchungen über das Rhinosklerom 151.
Maragliano 526.
Marchand 6. 11. 285. 286.
Marchetti, Medikamente und Hauteruptionen 459.
Marcou, Wovon hängt die Schwere einer Syphiliserkrankung ab? 96.
Marcuse, B., Über Pyelitis und Pyelonephritis auf Grund von Blennorrhoe 628.
Marcuse und Knopf, Kasuistische Beiträge zur Pathologie und Therapie der Syphilis 530.
Marmonier, Formulaire pratique de thérapeutique pour le traitement de syphilis 592.
Marnoch, J., Ein Beitrag zur Pathogenese des Krebses 186.

Marocco, Über die Rupturen der Urethra 257.
Marschalkó 5. 6. 7. 8. 10. 11. 83. 282. 283. 284. 285. 288. 289. 290. 291. 294. 295. 296. 299. 362. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 612. 614. 616. 618.
Marshall, Schmierkur gegen intramuskuläre Einspritzung bei der Behandlung der Syphilis 143.
Martin, S. C., Nomenclatur der Hautkrankheiten 508.
— 351.
Martyr, P., 26.
Marullo, Ein Fall diffuser chronischer Talgdrüsenhypertrophie 627.
Mathews, J. M., 527.
Mathis und Sabrazès, Über die Beschaffenheit des Blutes bei Syphilis, Tabes und progressiver Paralyse 411.
Matthes, M., Statistische Untersuchung über die Folgen der Lues 647.
Matthews, V., Zwei Fälle von Varicellen 474.
Matzdorff 139.
Matzenauer 149. 158.
Mauclaire, Über die Eiterungen an der oberen Extremität und ihre Behandlung 150.
Maul, Oleum cinereum gegen Syphilis 143.
Maw 260.
May, P. M., Ein Besuch der Leprainsel Molokai 518.
Mayer 437.
Mayser 40.
McCulloch, Fall von gleichzeitigem Erythema multiforme und Erythema nodosum 36.
Meachen, Ein Fall von Leucotrichia annularis in Verbindung mit anderen Pigmentanomalien 582.
Meara, Zwei verhängnisvolle Fälle — Pemphigus und Erysipel — bei Kindern 156.
Meibom 424.
Meissner, P., Einige Bemerkungen zur therapeutischen Verwendung des Jodalbacids 30.
— 507.
Melazzo, Die Quecksilberfumigationen in heifser Luft bei der Behandlung der Syphilis 108.
Melsheimer 24.
Mendel, F., Über Ischias syphilitica und ihre Behandlung 101.
— 267.
Mendez 155.
Menge 119.
Mering 464.
Merkel, W., Fibrom im Labium majus 633.
Metscherski, Atrophia cutis idiopathica 18.
— Idiopatische Hautatrophie 18.
Metscherski, Scrophuloderma 130.
— Werlhofsche Krankheit 300.
— Morbus maculosus Werlhofi 404.
— Tuberculosis verrucosa 404.
— Fall von idiopathischer Atrophie der Haut, kombiniert mit Sklerodermie 502.
— 501.
Metschnikoff 294.
Meyer, Fritz, Über chronische Pentosurie 351.
Mibelli 79. 322. 326.
Michaelis, L., 5. 6. 85. 168. 280.
Michelazzi, Beitrag zur Histopathologie der Lepra 520.
Midy, L., Vergleichende Behandlung des Trippers 348.
Mikulicz 86.
Millard, Ein Fall von Erythema scarlatiniforme desquamativum 36.
Miller 113.
Milligan, Hämaturie nach Urotropin 319.
Mindes, Manuale der neuen Arzneimittel 138.
— Rezeptformeln für Europhen 450.
Mirin, Die Behandlung des Lupus mit blauem elektrischen Licht 95.
Mirim, Die Behandlung des Lupus mit blauem elektrischem Licht 525.
Möhlau 247.
Moeller, M., 79. 311.
Montagart und Carle, Eosinophilie bei der Duhringschen Dermatitis 465.
Montejo, B., 26.
Montgomery 424. 425. 427.
Montizambert, Über einen milden Typus der Variola 511.
Moore 130.
Morelle, A., Durch Exstirpation geheiltes Epitheliom der Kopfhaut 189.
— Fall von latenter Blasentuberkulose, der durch Injektion alten Kochschen Tuberkulins manifest wurde 264.
— Vier Fälle von Epitheliom auf lupöser Basis 522.
Morely, Impfung nach, während und vor Variola 53.
Morgenstern, E., Über Psoriasisbehandlung 148.
Morris, M., Vorlesungen über die sozialen Aussichten der Dermatologie 108.
— Ekzem in Bezug auf Lebensalter 144.
— 109. 176. 325. 517. 524.
— und E. Dore, Finsens Lichttherapie bei Lupus und Ulcus rodens 524.
Morvan 254. 519. 594. 596.
Mott 539. 540.
Motz und Hallé, Beitrag zur pathologischen Anatomie der Blase 406. 407.
Moureyre, Über die nervösen Erscheinungen beim Scharlach 49.
Moxon 110.
Mraček, Handbuch der Hautkrankheiten 309. 445.

Muck 242.
Müller, C., Referate 31. 36. 37. 38. 39. 40. 44. 45. 47. 52. 53. 57. 94. 95. 100. 103. 104. 106. 107. 108. 148. 152. 155. 156. 157. 158. 185. 195. 197. 198. 199. 200. 201. 204. 205. 209. 253. 254. 255. 256. 257. 266. 312. 318. 437. 452. 457. 459. 469. 470. 471. 477. 511. 520. 521. 524. 532. 537. 540. 595. 638. 639.
Müller 360. 363. 366. 367. 368. 369. (—Lösung) 370. 372. 373. 375. 377. 378. 379. 381. 395. 397. 398.
Muench, Karbolsäure bei Brandwunden 41.
Münster, Gleichzeitiger Hydrops der Mutter und des Fötus 457.
Muls, Die essentielle paroxysmale Hämoglobinurie 320.
Munk, J., 162.
Muratow, Nosologischer Beweis für die ursächliche Abhängigkeit der progressiven Paralyse der Irren von der Syphilis 104.
Mureck 273. 276. 277.
Murri, Über Bronzediabetes 196.
Murton, G., 645. 646.

Nardi, Über die chirurgische Behandlung der Varicen und der Ulcera varicosa der unteren Extremitäten 200.
Nasarof 270.
Nebelthau 464.
Neelsen 132.
Negrete, Die Dauersonde als Hülfsmittel der urethrovesicalen Eingriffe 256.
Neidenoff 301.
Neisser, A., Geschlechtskrankheiten und Krankenkassen 60.
— Über das Jucken und die juckenden Hautkrankheiten 206.
— Über Versuche, Syphilis auf Schweine zu übertragen 339.
— Pityriasis rubra pilaris 580.
— Reinfectio syphilitica 580.
— 5. 16. 143. 164. 166. 217. 354. 466. 507. 519. 551. 552. 557.
Nekám, Eine unter Raynaudschen Phänomenen erkrankte Familie 458.
Nelaton 317.
Nestler, A., Die hautreizende Wirkung der Primula obconica 44.
— 44.
Nettleship 214. 215. 216.
Neuberger, Klinische Beiträge zur paraurethralen und präputialen Blennorrhoe 633.
Neumann, J., Über Sklerodermie nach eigenen Beobachtungen 204.
— Über ein durch den internen Gebrauch von Solutio Fowleri entstandenes Erythema gyratum, papulosum und bullosum 459.
Neumann, J. 1. 4. 82. 98. 351. 467.
De Névrezé und Chompret, Leukoplakia buccalis acuta syphilitica 648.
Newcomp, Frühzeitige Diagnose der Masern 470.
Newman 258.
Nicolaysen 415.
Nicoll 316.
Niessen, Neue Ergebnisse der ätiologischen Syphilisforschungen 529.
Niewerth, Beitrag zur Ischias syphilitica und ihrer Behandlung 101.
Nikitin, Ein Fall von Werlhofscher Krankheit 38.
Nikolski 301. 335.
Nitze, M., Entwickelung und heutiger Stand der Cystoskopie 261.
— 79. 261. 262. 343. 581.
Nobl, Pathologie der blennorrhoischen und venerischen Lymphgefäfs-Erkrankungen. Eine ätiologisch-anatomische Studie 28.
— 601.
Nokowski, Die Behandlung der Variola mit Schwefelwasserstoff 52.
Nonne, M., Syphilis und Nervensystem 311.
Norris 241.
Nothnagel 458.
Notthaft, A. v., Kasuistische Beiträge 172.
Nüell 278.

Oberländer 161. 162. 256. 576. 577.
Oberndorfer 503.
Oberwarth 34.
O'Donovan, Behandelt man Syphilis richtig, wenn man in den ersten Stadien in der spezifischen Therapie spart? 344.
— Behandeln wir Syphilis zweckentsprechend, indem wir den Patienten im Primärstadium schonen? 597.
Oefele, Studien über die altägyptologische Parasitologie 417.
Oestreicher 129.
Ohm 443.
Ohmann-Dumesnil, Die Isolierung der Leprösen ist eine Notwendigkeit 519.
— 448.
Opie, Durch Filaria bedingte Varix lymphatica 210.
Oppenheim, M., und Georg Loewenbach, Blutuntersuchungen bei konstitutioneller Syphilis unter dem Einflusse der Quecksilbertherapie mit besonderer Berücksichtigung des Eisengehaltes 529.
Oppler 622.
Orth 287. 288. 293.
Ostertag 497.
Otis 19.
Oudin 444.
Oviedo 26.
Ovtynski, v., Beitrag zur Kasuistik der Impfblattern (Vaccinia generalisata) 56.

Packara, Technik der Impfung 514.
Paget 19.
Paldrock, Über Jodipin 454.
Palm, Beitrag zur Vaccination Schwangerer, Wöchnerinnen u. Neugeborener 515.
Paltauf 93. 497.
Pansini, Zur Ätiologie der Tabes dorsalis 595.
*Pappenheim, A., Nachträgliches zur Plasmazellenfrage 5.
*— In Sachen der Plasmazellen 289.
*— Replik an Herrn Dr. Joseph 167.
*— Mein allerletztes Wort an Herrn Dr. M. Joseph 281.
*— Almkvist, Plasmazellen und kein Ende 615.
— 167. 280. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 555. 556. 557. 559. 612. 613. 614. 615. 616. 617.
Parker, R., Ein ungewöhnlicher Fall von Urininfiltration 257.
— und Delos, Die Ätiologie der Alopecia areata 205.
Parry, Ein Fall von Urticaria in direktem Anschluſs an einen Wespenstich entstanden 463.
Patterson, Statistische Betrachtung über Epitheliom des Penis 255.
Paul, G., Jahresbericht der k. k. Impfstoffgewinnungsanstalt in Wien über das Betriebsjahr 1900 513.
Paulsen, Jen, 415.
Pautrier und Leredde, Über die Erfolge der Phototherapie bei der Behandlung des Lupus tuberculosus 528.
— — Ergebnisse der phototherapeutischen Behandlung bei tuberkulösem Lupus des Gesichts 626.
*Pawlof, P. A., Ein Fall von Dystrophie papillaire et pigmentaire. (Acanthosis nigricans.) 269.
— 205.
Payne 141.
Péan 255.
Pearson 477. 512.
— und Rolleston, Universelle Sklerodermie und Raynaudsche Krankheit 204.
Pellizzari 174 175.
Pendred 1.
Penn, G. W., Die Hygiene der Haut 345.
Pernet, G., Die extra- oder intracelluläre Lagerung des Hansenschen Bacillus 507.
Pertik 501.
Peter, W., 336.
Petersen, Favus 302.
— Therapie des Lupus 302.
— Die Erfolge der Lichtbehandlung nach Prof. Finsen 420.
— 17. 334. 335.
Petersen, W., Zur Anwendung der plastischen Rekonstruktionsmethode in der pathologischen Anatomie 595.
Petit, J. L., 161.
Peyer 87.
Pezzoli, Beitrag zur Kenntnis der Dermatitis haemorrhagica pyaemica 459.
Pfaundler 319.
Pfeiffer, E., Was hat die Krankenpflegerin bei der Pflege Pockenkranker zu beachten? 52.
Pfeiffer, L. 55. 516.
Phélip, Sterilisierung von Gummisonden 260.
Philippi, Referate, 86. 87. 38. 89. 42. 43. 46. 48. 50. 52. 55. 57. 94. 100. 103. 143. 145. 146. 148. 150. 151. 152. 153. 154. 186. 187. 188. 189. 190. 195. 197. 199. 207. 208. 210. 211. 255. 264. 268. 313. 314. 316. 317. 350. 352. 355. 418. 420. 421. 444. 455. 457. 460. 461. 462. 463. 466. 468. 469. 470. 472. 473. 474. 476. 477. 478. 512. 513. 514. 515. 517. 519. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 530. 531. 532. 536. 537. 542. 596. 598. 648.
Philippson, L., Die morphologische Richtung und die anatomisch-genetische Richtung in der heutigen Dermatologie 133.
— 181. 497. 498. 499.
Phillips, E. M., Onanie 344.
Pick 216. 467.
Pick, W., Über das Epithelioma adenoides cysticum (Brooke) und seine Beziehung zum Adenom der Talgdrüsen (Adenoepitheliom) 86.
— Die Beziehungen des Lupus erythematosus discoides zur Tuberkulose, mit besonderer Verwertung der Tuberkulinreaktion 132.
Pierez 152.
Pike, J. B., Scharlach-Infektion; eine Frage und ein Beispiel 46.
Pini, Die Syphilis der Findlinge 106.
Pinkus, F., Granulosis rubra nasalis (Jadassohn) 17.
— Knötcheneruption am Penis 17.
— Lichen ruber planus 251.
— Lichen ruber verrucosus, strichförmig an der Hinterseite des Oberschenkels 336.
— Form des Erythema induratum Bazin 579.
— Lupus der Lippen und ausgedehnte Tuberkulose der Mundschleimhaut 579.
— Lichen ruber planus 579.
— Referate 16. 128. 250. 578.
— 9. 128. 129. 251. 578. 579.
— und L. Fischel, Strichförmige Hautausschläge am Bein 622.
Pintor, P., 25.
Pirogoff 17. 333.
Plato, J., Über den Wert und die Anwendungsweise des Protargols bei der Bekämpfung der Blennorrhoe 357.
Plien, Tabes incipiens mit Myelomeningitis und Hirntumor 108.

Plimmer 185, 186.
Plonski, Ein Fall von Vaccinatio generalisata 56.
— Erythema striatum 336.
— 336.
Podwisotzky 279.
— und A. Mankowski, Zur Frage über den Vaccineerreger von Dr. M. Funck 55.
Poelchau, G., 139.
Poljakoff 158.
Pollitzer, S., Entzündliche Affektionen der Nägel 178.
Poór, J. 241.
*Porosch, M., Bettnässen — Schlafpollutionen 61.
— Entfernung von Pityriasis versicolor 150.
Porter, W. S., Ein Fall von diffuser Sklerodermie 208.
Porter, William Henri, Die Wirkung des Quecksilbers auf den Körper 451.
Posner, C., Katheterfieber 347.
— 260.
Pospelow, Die Behandlung des Favus 17.
— Urticaria perstans 404.
— Ein neues Symptom der Raynaudschen Krankheit 457.
— Morbus Addisonii 501.
— 18. 300. 301. 333. 334. 335. 404. 502.
Powell, A., Die relative Häufigkeit von Syphilis bei Beschnittenen und Unbeschnittenen 528.
Pravaz 628.
Profeta, Ehescheidung wegen Syphilis 258.
Proksch, Über die Syphilis der Venen des Gehirns und des Rückenmarks 103.
— Zur Theorie vom amerikanischen Ursprung der Syphilis 527.
— 24. 26.
Prowe, Blennorrhoe und Prostitution 417.

Quincke 456.
Quinquaud 217.

Raab, W., Ein Fall von Urticaria pigmentosa 195.
— Urticaria pigmentosa congenita 580.
Radman, Bericht über einen intensiven und langdauernden Fall von Lupus, der mit Röntgenstrahlen behandelt wurde 525.
Rafferty, Circumcision 345.
v. Ranke, Leopold, 26.
Ranvier 433. 543. 551. 622.
Rapin, Übertragung des Scharlachs auf die Katze 47.
Rasch, C., Erythrodermia exfoliativa universalis congenita familiaris 186.
— Fall von lokalem durch einen Hühnerparasiten (Menopon pallidum Nitzsch) hervorgerufenen Pruritus 172.
Rasch, C. 459.
Raulin 148.
Ravogli, A., Die therapeutische Wirkung des kondensierten Lichtes auf die Haut 177.
— Klinische Bemerkungen über chronischen Tripper 344.
— 326.
Ravold, Ein Fall von Milzbrandkarbunkel 154.
Raw, F. H. Barendt und W. B. Warrington, Epidemische Arsenvergiftung unter den Biertrinkern 46.
Raymond, Myelitis syphilitica 104.
— Eine eigentümliche Form von gekreuzter Lähmung bei einem Syphilitischen 596.
— 215. 216. 217. 223. 229.
Raynaud, Natrium cacodylicum zur Behandlung der Lepra 182.
— 36. 37. 148. 174. 204. 457. 458. 594.
Reale, Offener Brief an Professor Truffi 254.
— 442.
Recamier 463.
v. Recklinghausen 37. 80.
Reiss, W., Über die Haltbarkeit des Begriffes „primäre Syphilis“ als rein lokale Affektion 81.
— Zwei Fälle seltener Lokalisation des syphilitischen Initialaffektes 99.
— 326.
Reissner, Modifikation des Arzbergerschen Prostatakühlers 129.
— 58.
Rem-Picci, Über die Albuminurie nach kalten Bädern 318.
Remondino, Die Circumcision und ihre Gegner 508.
Renault, Blennorrhoischer Abscefs im subcutanen Gewebe des Präputiums 364.
Renon, L., Latente syphilitische Aortitis und viscerale Neuralgien 537.
Respighi 183. 424. 427. 433. 434. 436.
Retterer 286. 292. 614. 615.
Retz 329.
Rhazes 51.
Ribbert 10. 80. 292. 294.
Richet 245. 278. 599.
Richmond, Kongenitale spontane Gangrän 199.
Richter, Ed., Zur Prophylaxe der geschlechtlichen Krankheiten 580.
Richter, Paul, Über Masern und Pemphigus 51.
— Über Pemphigus neonatorum 136.
— Lues und Kurpfuscherei 251.
— Apparat zur Behandlung der chronischen Prostatitis 315.
— Beiträge zur Behandlung der chronischen Prostatitis 316.

Richter, Paul, Ein Fall von Syphilis 581.
— Referate 91. 413.
Ricord 13. 185. 255.
Rieder 98. 458. 503.
Riehl, G., Über den Einfluſs der Behandlung syphiliskranker Mütter auf das Schicksal des Fötus 106.
Rille, Zur Anwendung der kakodylsauren Salze 32.
— Zwei Fälle tertiärer Lues und sechs Fälle von Psoriasis vulgaris, behandelt mit Jodipininjektionen 169.
— Roseola tardiva (tertiär-syphilitische Roseola) 169.
— Eine Alopecia areata 169.
— Spontankeloide 169.
— Fibroma molluscum 169.
— Lichen ruber planus 169.
— Ein Fall von ausgedehntem Lupus vulgaris 169.
— Syphilitischer Primäraffekt an der Oberlippe 169.
— Neurotische Blasenbildung 170.
— Pyrogallolvergiftung bei einem Psoriatiker 171.
— Fall von Pemphigus vulgaris 170.
— Pemphigus vegetans 171.
— Idiopathische Hautatrophie 171.
— Vier Fälle von Lupus erythematosus 170.
— Stenose der Vagina 301.
— Zwei Fälle mit Lupus erythematosus 301.
— Naevus flammeus der rechten Gesichtshälfte 301.
— Ein Fall von Pemphigus vegetans 301.
— Fall von Sklerodermie 301.
— Fall von Psoriasis vulgaris 302.
— Cavernitis nach Tripper 302.
— 169.
v. Rimscha, Fall von tertiärer Lues 649.
Rindfleisch 101. 293.
Ritter 137.
Riva 457.
Rizzo, Über einen Fall von Blasenstein 266.
Rizzuto und Gomez, Über die gemischte Form des Angioms 195.
Roberts, L., 435.
Robertson, E., Schwere polypöse Colitis, entstanden durch Ausführung von Quecksilbereinreibungen 30.
Robertson, Wm., Der neue Typus des Scharlachfiebers vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege 471.
Robertson, W. F., Zur Pathogenese der allgemeinen Paralyse 540.
Robin, A., Die Ätiologie der Syphilis 642.
Robbins, A., Ist Lepra das vierte Stadium der Syphilis? 508.
Robinson, B., Topographie des Harnleiters 348.
Robson 316.
Rochefort 444.
Rockwell und Walker, Alopecia areata 205.
Röhmann 241. 242. 243.
Röhr, Über Lues hereditaria tarda des Larynx im Kindesalter 107.
Roemisch, Purpura haemorrhagica bei Lungentuberkulose 461.
Röntgen 199. 522. 633.
Rörig, Das Glykogen 450. 451.
Roger, Klinisches Studium über das Erysipel 156.
Rogers, Peliosis rheumatica 39.
Rohden, 10 % Lysoform-Dermosapol bei Psoriasis und Lupus 32.
— Zur Inunktionskur der Skrophulose und Tuberkulose 525.
Rolleston, H. D., Ein durch intracystische Papillomata erweiterter Schweifsdrüsenausführungsgang 582.
— und Pearson, Universelle Sklerodermie und Raynaudsche Krankheit 204.
Romberg 106. 458.
Róna, D., Über Epithelverhornung der Schleimhaut der oberen Harnwege 173.
Róna, S., Zur Pathologie des Rhinoskleroms 85.
— 86. 217. 223. 224. 225. 226. 228. 229. 233. 236. 459.
Rose 453.
Rosenbach 458.
Rosenbaum 24.
Rosenberger, F., Ursachen der Karbolgangrän. Experimentelle Untersuchungen 41.
Rosenheim und Tunnicliffe, Eine durch arsenikhaltige Strümpfe erzeugte Dermatitis 41.
Rosenquist, Einige seltene Fälle von syphilitischer Infektion auf aufsergeschlechtlichem Wege 531.
Rosenthal, Lupus erythematodes oder Lupus pernio 251.
— Fall von Arsenvergiftung 578.
— 128. 129. 212. 251. 252.
Rosin, Ein Fall von diffusem chronischen Hautödem 37.
Ross, R., Arsenik im Haare von Beri-Beri-Kranken 421.
Roth, A., Über Dymal 449.
De Rothschild, Syphilis der Kinder: Hygiene und Therapie 646.
Roux, J., Unausgebildete Form von Syphilis der nervösen Centralorgane 650.
Rovsing 23.
Ruggles, Über Monilethrix 205.
Ruhmkorff 443.
Runenberg 530.
Rusch, Knotensyphilid 169.

Rusch, Pemphigus vulgaris 169.
— Syphilitischer Primäraffekt der Unterlippe 169.
— Zwei Psoriasiskranke 170.
Russell 151. 185. 186.

Saalfeld, E., Lymphangioma tuberosum multiplex 16.
— Folliclis 16.
— Über die Anwendung von kakodylsauren Salzen bei Hauterkrankungen 31.
— Durchbohrte Stahlsonden 17.
— 17. 129. 336. 388. 579.
Sabouraud, Die seborrhoischen Krankheiten: Seborrhoe, Akne, Calvities 140.
— Seborrhoe 442.
— 109. 149. 183. 205. 305. 306. 524. 584.
Sabrazès und L. Mathis, Über die Beschaffenheit des Blutes bei Syphilis, Tabes und progressiver Paralyse 411.
Sack 494.
Saemisch 354.
Saint-Philippe, Über eine besondere Form von Angina (Angina pultacea) als frühzeitiges Warnungszeichen der Masern 470.
Saison-Lierval, Die Dermatosen in ihren Beziehungen zu den Dyspepsien 418.
Sahagun 26.
Salkowski und E. Hoffmann, Über Nephritis syphilitica acuta praecox mit enormer Albuminurie 536.
Salomonsen, Syphilis und Lebensversicherung 530.
Sandall, Bericht über einen Fall von Purpura 462.
Sander 241.
Sanfelice 186.
Sangster 214.
Sartisson 241.
Scarpa 477.
Scarrone, Klinischer Beitrag zur Epicystotomie mit nachfolgender Blasennaht wegen Blasenstein 266.
Scatchard, Formalin bei der Behandlung des Lupus vulgaris 526.
Savage 260.
Schamberg, Bemerkungen über den Mikrobacillus der Seborrhoe (Sabouraud) 584.
— und Welch, Über die Initialsymptome in 100 neuen Pockenfällen 476.
— — Echte Vaccine, Erfahrungen mit der Glycerinlymphe 517.
Schanz, Über die Ätiologie der Augenentzündung bei Neugeborenen 354.
Schaper, H., 358.
Schenk, P., Über die Beeinflussung der Impfergebnisse durch Impfstoff und Impftechnik 57.
Scheube, B., Die venerischen Krankheiten in den warmen Ländern 416.
Scheuber 80.
Schild, W., Das Atoxyl (Metaarsensäureanilid), ein neues Arsenpräparat, und dessen dermatotherapeutische Verwendung 628.
Schiller-Tietz, Die Hautfarbe der neugeborenen Negerkinder 414.
Schilling, Über das septische Exanthem 684.
Schirajeff 334. 385.
Schlagenhaufer, Über viscerale Syphilis 504.
— 441.
Schlagintweit, Das Anhaken, Andrücken, Heben und Senken des Incisors während der Bottinischen Operation 338.
Schleich 87. 418.
Schlesinger 619.
Schlosser, H., Zur Technik der Phimosenoperation 254.
Schmaus 293.
Schmidt, Fr., Ein Beitrag zur Virulenz des Scharlachkontagiums 47.
Schmidt, Louis E., Relative Impotenz infolge von chronischer Urethritis der hinteren Harnröhre 584.
Schmidt, Lupus und Tuberculosis verrucosa cutis 16.
Schmier, Wasserstoffsuperoxyd und seine therapeutische Anwendung. Zusammenfassende Darstellung 456.
Schönlein 109. 462.
Schölberg und Garrod, Über einen Fall von Cystinurie mit Diaminurie 350.
Scholtz, W., Über den Einfluß der Röntgenstrahlen auf die Haut in gesundem und krankem Zustande 307. 342. 505.
— Über die moderne Therapie der Blennorrhoe des Mannes 355.
— 340.
Scholz, Mycosis fungoides mit gleichzeitiger Vitiligo 580.
— 403.
Schottländer 554. 557.
Schuchardt 503.
Schroth 251.
Schüller 186.
Schünemann, Ein Fall von Pericarditis und Mediastinitis syphilitica 102.
Schütz, J., Über die vom Druck unabhängige Tylosis palmarum der Erwachsenen 305.
— 321. 326.
Schultze, O., Bemerkungen zu „Zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre" von Dr. Walbaum 201.
Schulze, B., Referate 31. 37. 42. 44. 47. 57. 60. 103. 107. 148. 188. 210. 260. 261. 262. 267. 302. 316. 319. 351. 353.

358. 414. 416. 417. 420. 449. 454. 456. 459. 462. 463. 474. 522. 525. 527. 528. 529. 531. 533. 534. 536. 539. 597.
Schulze, B. 458.
Schumann, Zur Behandlung der Brandwunden 40.
Schutter, Zur Klärung des Rheumatismus blennorrhoicus 79.
Schwalbe, Reichs-Medizinal-Kalender für Deutschland 1902 185.
— 320.
Schwarz, O., Die extrakraniell bedingten Augenstörungen bei Lues 102.
Schweitzer, B., Zur Therapie des Wangenkrebses 159.
Schweninger, Zur Kasuistik der Syphilisbehandlung 688.
— 129.
Schwerin, Über Cystenbildung in der Urethra 582.
Schwimmer 165. 166. 447.
Scipiades, Ein Fall von chronischem Ekzem, geheilt mit 4%iger Sublimatlösung 146.
Scott, A., Die durch Manipulieren mit Pferdehaar bedingte Gefahr des Anthrax und deren Beseitigung 154.
Secchi, Über einen Fall von tuberkulösem Geschwür der Vulva und Vagina 183.
— Ein Fall von Morbus Addisonii mit beginnender Tuberkulose der Nebennieren 197.
Seifert, O., Naevus vasculosus molluciformis 341.
Seleneff 335.
Senator 320.
*Sellei, J., Beiträge zur Pathologie des Kaposischen „Granuloms" 497.
*— Die Wirkung der Jodalkalien bei chlorfreier Diät 240.
*— Beiträge zur Frage der Wirkung der Jodalkalien und des Jodipins bei Syphilis 599.
— Über die Thätigkeit an der dermatologischen Klinik zu Budapest im Jahre 1898 477.
Sequeira, Die Behandlung des Ulcus rodens mit X-Strahlen 190.
Serguiewsky, Studie über die geographische Verbreitung der Harnsteinkrankheit 591.
Seubert, Ein Fall von Gangrän nach Scharlach 473.
Shelmire, Syphilis insontium 347.
Shepherd, Zwei Fälle von blastomycetischer Dermatitis 586.
Sherwell, S., Hauterscheinungen beim Diabetes 202.
Shillitoe, Ein Beispiel von dem Einfluss von Druckwirkungen bei warzigen Wucherungen der Frühsyphilis 530.
Shiwult, Ulcus induratum der Nasenspitze 404.
Shoemaker, Ekzem 346.
Shukowsky, Über einen Fall von kongenitaler Syphilis mit hämorrhagischer Pemphigusform (Asphyxie-Sektion) 539.
Siebourg, Zur Behandlung des Pruritus vulvae 208.
Siecke, Die Therapie des Scharlachs 473.
Sieveking 8.
Silvestrini 38.
— und Baduel, Über den bakteriologischen Befund bei der Purpura 38.
Simmonds, Über Meningitis tuberculosa bei Tuberkulose des männlichen Genitalapparates 211.
Simon und Jacquet, Ein Fall von Amyotrophie mit Retraktion der rechten Aponeurosis palmaris infolge von Verbrennung des linken Arms 40.
Skirving, Ein ungewöhnliches Symptom der sekundären Syphilis 531.
Smester, Ein Apparat zur Vertreibung der Intertrigo 148.
Smirjagin 335.
Smith, B., Oedema migrans 456.
Smith, F. W., Der elektrolytische Niederschlag von Schwefel in den Schwefelthermen von Harrogate 455.
Smith, R. P., Fälle von juveniler, allgemeiner Paralyse bei kongenitaler Syphilis 539.
Smith, Walther 448.
Snow, H., Behandlung des Lupus in vorgeschrittenem Stadium durch Auskratzung 94.
Sobel, J., Pityriasis versicolor mit besonderer Berücksichtigung der Allenschen Jodprobe 150.
Sobotta, Ueber die Dauer des Pockenimpfschutzes 53.
— Nochmals die Dauer des Impfschutzes 54.
— 53.
Sokoloff, Keratosis follicularis 18.
— Pityriasis rubra Hebrae 300.
— Naevus linearis ichthyosiformis 301.
— Naevus linearis der rechten Körperhälfte 301.
Soual, Über das Verhältnis der Ausscheidung von Chlornatrium zur Ausscheidung von Harnstoff im Urin der Syphilitiker 631.
— Ueber die Toxicität des Urins und die Durchgängigkeit der Nieren bei der Syphilis 631.
Sougres 541.
Le Sourd 135.
Speranski, Modifizierter Holländerscher Apparat 404.
— 18. 95. 334.
van der Sperk 547.
Spiegel 456.
Spiegler 309.
Spietschka 273. 274. 277.

Spinelli, Syphilis uterina tarda 536.
Squance, Ueber einen mit Röntgenstrahlen behandelten Fall von Lupus vulgaris 525.
Stapler, Ein einfacher Apparat zur Heifsluftbehandlung des Lupus 94.
Stanton, Einige Bemerkungen über die Wiedergewinnung von Quecksilber aus tierischem Gewebe 268.
Startin, Behandlung von Lupus und Ulcus rodens mittels Röntgenstrahlen 94.
Stein, L., Asepsis und Antisepsis in der Urologie 211.
Steiner, R., Über die subcutanen Injektionen natürlicher und künstlicher Arsenpräparate 449.
Stelwagon, Ein ungewöhnlicher Fall von Chinin-Idiosynkrasie 178.
Stern, Max, Injektionskuren bei Syphilis 107.
Stern, Referate 40. 41. 50. 54. 56. 93. 97. 99. 106. 111. 112. 139. 149. 155. 157. 188. 189. 191. 194. 195. 196. 197. 200. 206. 256. 257. 262. 263. 264. 265. 312. 313. 315. 316. 317. 356. 413. 415. 453. 457. 460. 462. 465. 466. 467. 470. 511. 516. 522. 530. 535. 598. 634. 641. 649.
— 143.
Sticker 58.
Stieda 424. 425.
Stockmann, Purpura rheumatica 462.
Stoerk, O., Über Nierenveränderungen bei Lues congenita 642.
Le Strat und W. Dubreuilh, Lichen planus palmaris et plantaris 589.
*Strauss, Arthur, Zur Behandlung der chronischen Gonorrhoe mit Oberländerschen Dilatatoren 576.
— Referate 267. 355. 357. 449. 450. 451. 453. 454. 455. 456.
Strauwen, Heilung von Noma durch Diphtherieserum 159.
Strebel 79.
Strsheminski, Ein Fall von hereditärsyphilitischer Erkrankung der Augen in der zweiten Generation 538.
— 588. 642.
Strübing, P., Über „Adiposis dolorosa" (Dercum) und das „Oedème blanc et bleu" (Charcot) 340.
Stukowenkow 452.
Stumpf, L., Bericht über die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreich Bayern im Jahre 1900 518.
Sturdy, Ein Fall von Anthrax mit ausgiebiger meningealer Blutung 153.
Sturgis 528.
Süsswein, Die Influenza bei Masern 471.
Suter, Über Sekundärinfektion bei der Tuberkulose der Harnorgane 78.
Suter, Über einseitige renale Hämaturie, bedingt durch Teleangiektasien des Nierenbeckens 339.
— Beitrag zur Pathologie und Therapie der Zottenpolypen der Harnblase 582.
— 23.
van Swieten 143. 646.
Swinburne, Unter Cocain ausgeführte Litholapaxie 587.
Sydenham 510.
Symonds, Ch., Hämorrhagische gummöse Myositis 538.
Szabóky, Über den Heilwert des Epicarins 449.
Székely, Ein Fall von subcutanem Emphysem infolge einer Geburt 209.

*Taenzer, P., Zur Behandlung der Blennorrhoe 331.
— Referate 27. 35. 185. 502.
— 398. 432.
Tallermann 204.
Tannenheim, Zur Kenntnis des Pseudoxanthoma elasticum 192.
Tarabrin, Über Behandlung von Geschwüren mittels ausstrahlender Wärme 151.
Tarnowsky 334.
Tedeschi, Untersuchungen über den Stoffwechsel bei der Sklerodermie 204.
Tenneson 230. 232.
Tesla 443.
Thiemich, Über Enuresis im Kindesalter 267.
Thiersch 80. 189. 358.
Thimm, Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten 137.
Thin, G., Die Behandlung zweier Fälle von Nervenlepra 520.
— 214.
Thomas, J. D., Wie diagnostiziert man am besten ansteckende Syphilis bei einer Amme? 644.
Thompson, F. C., Anormale Hauteruptionen 508.
— 176. 520.
Thomson, G. J., Raupenausschlag 43.
Thorn, Ascendierende Blennorrhoe beim Weibe 355.
Thost 14.
Thurnwald, Ein Fall von akuter roter (gelber) Leberatrophie im Frühstadium der Lues 101.
Tiburtius, Das Impfgeschäft 57.
Tichonow 335.
Tillaux, Die Behandlung d. Fissura ani 39.
Timoschok 95.
Todd, Scharlachfieber 48.
Török, L., Über die Dermatitis nodularis necrotica (Phlebitis nodularis necroticans Philippson, Tuberculide acnéiforme etc.) 131.

Török, L., Die Erklärung des kritischen Schweifses 209.
— 445. 446. 448.
Torbett, W., Harnröhrenverengerung als Ursache von chronischem Rheumatismus 509.
Toulouse 243. 245.
Tousey, S. 326.
Touton 12. 623. 633.
Trammer, Scarlatinosis 48.
Trevelyan, Syphilitische Meningo-Myelitis; Erysipel; Genesung 103.
Treves, Eine neue Behandlungsmethode der Syphilis mit Sublimat 639.
Truffi, Experimentelle Untersuchungen über den Herpes tonsurans und den Favus 183.
— Experimentelle Untersuchungen über Trichophyton und Favus 253.
— Experimentaluntersuchung über Trichophytie 442.
Trunečck, Die Behandlung der bösartigen Geschwülste mit Arsenverbindungen 185.
— 189.
Tschernogubow 277.
Tschlenoff, Mikroskopische Präparate von Narbenkeloid 18.
— Pemphigus chr. circinatus serpiginosus 501.
— 301. 404.
Türkheim, Referate 78. 134. 180. 182. 411. 412. 445. 497. 589. 629.
Tuffier 256.
Tunnicliffe und O. Rosenheim, Eine durch arsenikhaltige Strümpfe erzeugte Dermatitis 41.
Turner, J., Eine Betrachtung über Hämorrhoiden 199.
Tuttle, Über Purpura 461.
Tyson, Eine geschichtliche Notiz betreffs Variola 474.

Udranszky 350.
Uhlenhuth und A. Westphal, Histologische und bakteriologische Untersuchungen über einen Fall von Lepra tuberosa anästhetica mit besonderer Berücksichtigung des Nervensystems 58.
Ullmann 123.
*Unna, P. G., Die Almkvistschen Plasmazellen 297.
*— Neue Untersuchungen über Kollagenfärbung 359.
*— Einiges über unsere Färberezepte 437.
*— Antwort auf vorstehende Bemerkungen 620.
— Die Diagnose und Behandlung von Hautkrankheiten durch den praktischen Arzt 413.
— Über die feinere Struktur der Kokken 414.
Unna, P. G., Referat 27.
— 1. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 11. 19. 76. 79. 80. 81. 82. 83. 85. 94. 111. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 140. 141. 153. 166. 170. 174. 175. 178. 201. 203. 215. 216. 217. 219. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 229. 230. 232. 233. 235. 236. 276. 278. 282. 283. 284. 285. 289. 290. 291. 292. 294. 295. 296. 299. 308. 310. 326. 349. 364. 378. 412. 432. 446. 494. 495. 502. 507. 509. 521. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 557. 558. 559. 561. 562. 563. 564. 583. 584. 614. 615. 617. 618. 619. 635.

Vajda, Über „Teutonpräparate" und deren Verwendung in der Dermatologie 34.
Valenta 80.
Valentine, Eine modifizierte Handhabe des Harnröhrendilatators 256.
— 257.
Vanni 318.
Variot, Die Diagnose des Scharlachs 49.
Vas 448.
Vaughan 415.
De Vecchi, Über experimentelle Tuberkulose der Nebennierenkapsel in Beziehung zur Addisonschen Krankheit 197.
Veiel 79. 446. 447.
Velpeau 255. 312.
Veneziani, Beitrag zum Studium des Haarwechsels beim Menschen 188.
Verchère, Die Rolle der Lymphdrüsen bei tuberkulösen und syphilitischen Zuständen; Heilanzeige 444.
Verebély, Ein Fall von acquirierter Darmsyphilis 98.
Verneuil 45.
Verrotti, Die Hämatologie der Syphilis, mit besonderer Rücksicht auf die Diagnostik der chirurgischen Affektionen zweifelhafter Natur 644.
— Drei zweifelhafte Fälle von Syphilis, aufgeklärt durch die Blutuntersuchung 644.
Vidal, E., Über die Verwendung der Schwefelbäder bei der Behandlung der Syphilis 589.
— 325. 326. 486. 491.
Vignolo, Das Serum von Maragliano bei Lupus 526.
— und Benassi, Das Airol in der Therapie der Blennorrhoe 442.
Villard 590.
Villas 458.
Vincent 157.
Virchow 167. 168. 294. 520. 534. 535. 548. 551. 595.

Völcker, Fr., Das Wesen der Schüllerschen Krebsparasiten 186.
Vogel 240.
Vörner 1. 4.
Voigt 45. 78. 301. 336. 580. 623.
Vollmer, Über Mykosis fungoides Alibert 80.
Vordermann, Plantago major gegen Steinleiden 267.
Vouzelle, La Syphilis, Chancre et Syphilis secondaire 635.

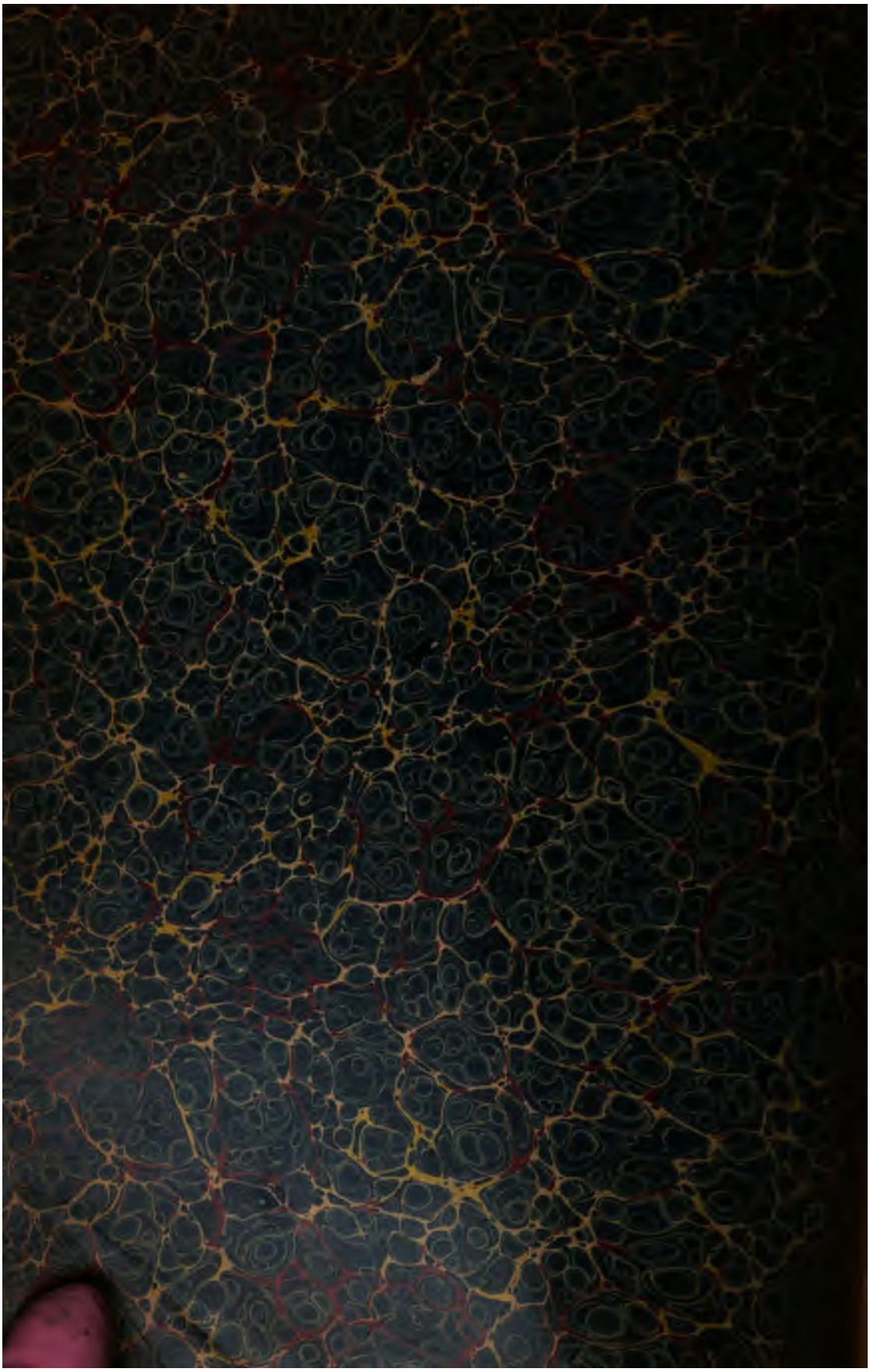
Waelsch, L., Über die Beziehungen zwischen Rectumstriktur, Elephantiasis vulvae und Syphilis 503.
Walbaum, Zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre 201.
— 201.
Waldeyer 543. 544. 545. 547. 548. 549. 550. 551. 554.
Waldo, H., Hämatoporphyrinurie mit letalem Ausgange 320.
Walker, N., Ein Fall von Erythema multiforme, dem Bilde von Blattern gleichend 46.
— Eine Einführung in die Dermatologie 509.
— Erythema multiforme und die Vaccination 518.
— 174.
— und Rockwell, Alopecia areata 205.
Wallace, D., Tumoren der Blase und Prostatahypertrophie 264.
Walsh, D., Die Beseitigung von abnormem Haarwuchs durch eine Verbindung von Röntgenstrahlen und Elektrolyse 211.
Walsh, J. J., Urticaria postdiphtherica 457.
Walsham, Das von einem Hochspannungsbogen mit schnellen Schwingungen erzeugte ultraviolette Licht zur Behandlung von Hautkrankheiten 420.
Walser, G. 26.
Wannier, Experimentelle Untersuchungen über die baktericide Wirkung einiger Harndesinfizientien 23.
Ward, A. H., Über Allgemeininfektion bei Blennorrhoe 353.
Warde, Zwei Fälle von Prurigo simplex chronicus (Brocq) 308.
Ware 252.
Warnecke, Verzögerung des Heilungsverlaufs nach Radikaloperation der Mittelohrräume durch Urticaria chronica 136.
Wärnen, Das Blut bei Syphilis und anderen Infektionskrankheiten u. dessen Veränderungen durch Medikamente, Diät u. s. w. 529.
Warschauer, E., Über die bei der Cystoskopie zu verwendende Spülflüssigkeit 581.
Wassermann 415.
Wauke, Erfahrungen über die Anwendung des Jodipins 453.
Weaver, Über die sogenannte „vierte Krankheit“ 469.
Webb, Carcinom, dessen Wesen und Behandlung 188.
Weber, P. F., Über das Vorkommen von grünem oder blauem Urin und dessen häufigste Ursache 317.
Webster, Einige Beweise dafür, daß die Impfung den Pocken vorbaut und sie mildert 514.
Wechselmann 579.
Wedenski, Ein Fall von Erythema papulatum uraemicum 459.
Week 354.
Wehnelt 443.
Weigert 349. 377. 398. 502.
Weil, Das Blut und die defensive Reaktion der Hämatopoiese bei der Variola 52.
— 443.
Weiss, Max 244.
Weisz, Fr., Zur Behandlung der Impotentia virilis 267.
Welander 244. 321. 401. 448. 600. 606. 607.
Welch und Schamberg, Eine Studie über die Initialsymptome in 100 neuen Pockenfällen 476.
— — Die Merkmale der echten Vaccine; Erfahrungen mit Glycerinlymphe, sowie einige statistische Angaben über die herrschende Variola-Epidemie 517.
Weljaminow 334.
Wende, G. W., und H. K. Degroat, Vegetierende Dermatitis im Verlaufe eines infantilen Ekzems 349.
Werlhof 38. 404.
Wesolowski 203.
Westphal und Uhlenhuth, Histologische und bakteriologische Untersuchungen über einen Fall von Lepra tuberosa anaesthetica mit besonderer Berücksichtigung des Nervensystems 58.
Weyner, E., Die Balneotherapie der Hautkrankheiten 418.
White, Ch., Colloide Degeneration der Haut 348.
— 340.
Wickham 485.
Widmark 79.
Wiechell 460. 461.
Wilde 46.
Wilkinson 149. 169.
Willan 622.
Willan, Rob. 108.
Williams, P. W., Röteln, Scharlach und die „vierte Krankheit“ 469.
Wilms 194. 313.
Wilson, E. 108. 481. 488. 622.
Wilson, J. C., Ein Fall von Skorbut mit Purpura 584.

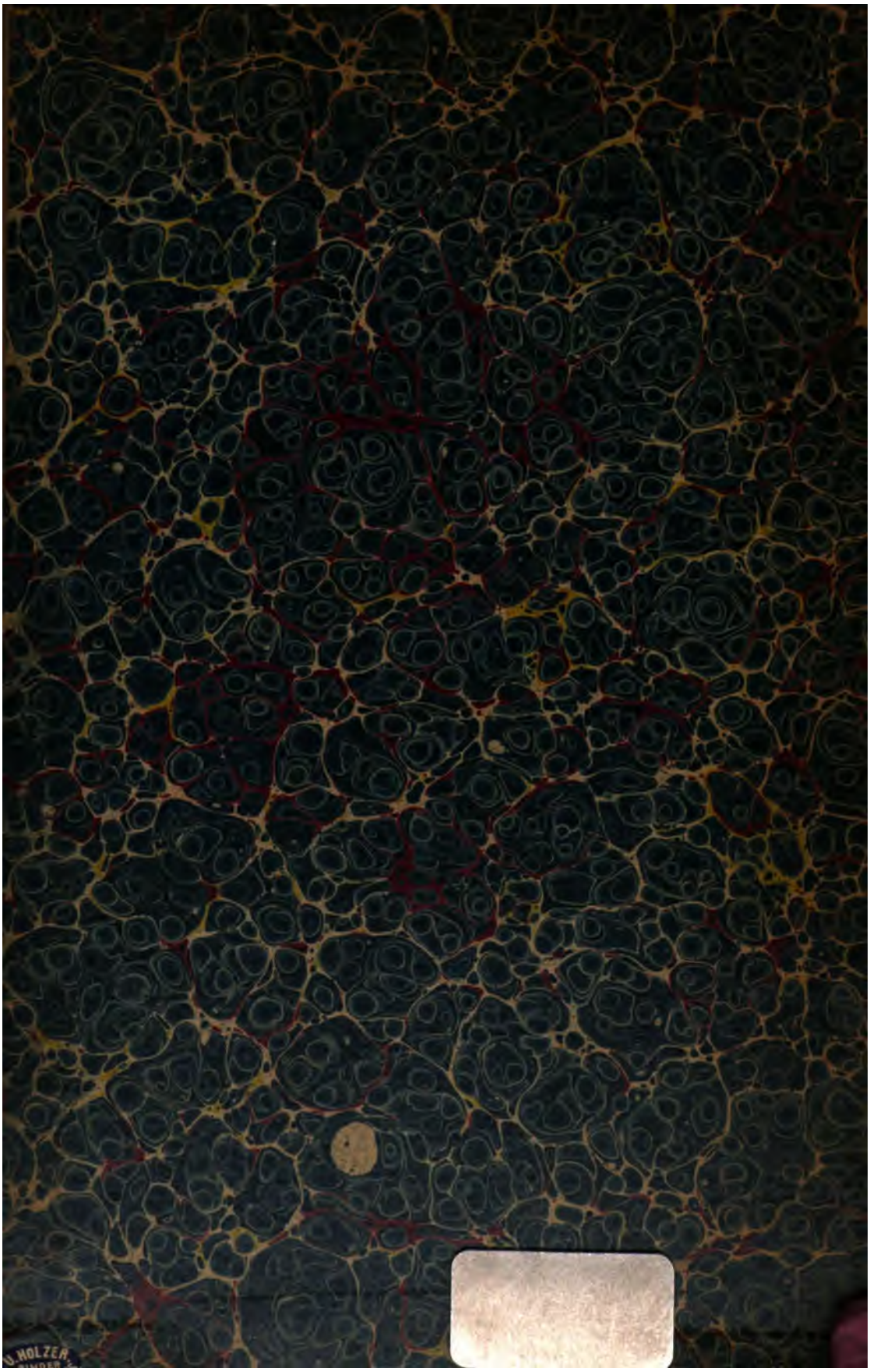
Wimshurst 443.
Winckel, F. v. 358.
Windle, Ein Fall von Röteln 469.
Wingrave, W., Hautausschlag nach Tonsillotomie 36.
Winiwarter 252.
Winkler, E., Zur therapeutischen Verwendung des Epicarins 348.
Winternitz, R., Über die entzündungswidrige Wirkung ätherischer Öle 448.
— 45. 190. 310. 316. 600.
Wishard, Der gegenwärtige Stand der Prostatachirurgie 314.
Wittkowski, Kommentar zu Methoden und Präparaten Prof. Dr. C. L. Schleichs 418.
Wohlgemuth 204. 205.
Wohlbarst, Beobachtungen über die Diagnose und Behandlung der akuten Blennorrhoe mit besonderer Berücksichtigung der Protargoltherapie 176.
Wolff, A., Die Finsensche Lichttherapie 420.
— 278. 447. 448.
Wolff, Julius 336.
Wolters, M. 79.
Wossidlo 161.
— und Kollmann, Dehner, resp. Spüldehner mit drei Branchen 78.
Wright 424. 436. 460.
Wulff, Fall von Sklerodermie mit Myositis 204.
Wyeth, Operative, präperitoneale Ruptur der Blase 265.
Wylie, Hauterscheinungen nach Röntgenstrahlen 463.
Wyllys, W., Drei Fälle von Myxödem von verschiedenem Typus 202.

Yeoman, Ein Fall von Herpes zoster, zur Erklärung der Ursache dieser Affektion 468.
Young, Die Plaque muqueuse 345.

Zadok, J., Über die Naht der Harnröhrenwände ohne Naht der weichen Partien und der Haut 257.
Zambaco 594.
Zarubin, Über atrophische und serpiginöse Formen des Lichen ruber planus 130.
Zeisler, J., Trophische Nagel-Affektionen 174.
Zeissl, M., Die Prophylaxe des Trippers 509.
Zenker 360.
Ziegler 293.
Ziehl 132.
v. Ziemssen, Zur Phototherapie 682.
Ziemssen, O., Warum erscheint Hirnlues schwerer heilbar? 103.
Zusch, Ein Fall von Noma mit ausgedehnter Soorbildung in hohem Alter 158.

~~444~~
41C 1 6 0 8 ~~344~~




J. HOLZER